



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Vanessa Maria Maçãs Fernandes

Porto, Março de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Elaborado por: Vanessa Maria Maçãs Fernandes

Orientado por: Mestre Constança Festas

Porto, Março de 2011

“ Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota. ”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

O Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa do Porto visa especificamente a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de Enfermagem avançada ao recém-nascido (RN), criança e adolescente, com especial atenção para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença. Este compreende a Unidade Curricular Relatório, que pressupõe evidenciar competências profissionais diferenciadas na área de especialização. O relatório tem por base o estágio realizado entre 19 de Abril e 27 de Novembro de 2010, em diferentes contextos de assistência à criança e família, nomeadamente no Centro de Saúde da Senhora da Hora (Módulo I) e nos Serviços de Neonatologia do Hospital Pedro Hispano e Urgência de Pediatria do Hospital São João (Módulo III), com o objectivo primordial de descrever as actividades desenvolvidas e objectivos planeados para adquirir as competências propostas pelo plano de estudos do curso. Também foi considerada e abordada a experiência profissional prévia na área de Saúde Infantil e Pediatria, com o inerente desenvolvimento e aquisição de competências. Para a concretização deste trabalho utilizei uma metodologia descritiva e reflexiva, baseada no desenvolvimento da minha actividade, tendo recorrido a entrevistas informais com os enfermeiros, à pesquisa bibliográfica com evidência científica bem como aos registos das actividades executadas. Num exercício autocrítico e reflexivo sistemático, todo o documento revela um processo lógico de evolução profissional que considero bem-sucedido.

PALAVRAS – CHAVE: Competência; Comunicação; Enfermagem Pediátrica; Especialização; Parceria de Cuidados.

ABSTRACT

The Professional Master's Degree in Nursing with Specialization in Child Health and Pediatric Nursing of Portuguese Catholic University of Porto specifically targets the acquisition, development and integration of knowledge for advanced nursing care to the newborn (NB), children and adolescents with special attention to promoting the development and adaptation to the processes of health and disease. This includes Course Report, which requires different skills evident in the area of specialization. This report is based on the training held from April 19 to November 27, 2010, in different contexts of child care and family, particularly in the Health Center Senhora da Hora (Module I) and Neonatology Service at the Hospital Pedro Hispano and Emergency Pediatrics, Hospital São João (Module III), with the primary objective of describing the activities and objectives planned to acquire the skills offered by the course syllabus. It was also considered and addressed prior professional experience in the area of Pediatrics and Child Health, with the inherent development and skills acquisition. To achieve this study, I used a descriptive and reflective methodology, based on the development of my business, having resorted to informal interviews with the nurses, the research literature with scientific evidence and the records of the activities performed. In an self-critical and reflective systematic exercise, throughout the document reveals a logical process of professional development that I consider successful.

KEYWORDS: Competence; Communication; Pediatric Nursing; Specialization; Care Partnership.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
AESIP – Associação de Enfermeiros de Saúde Infantil e Pediátrica
BO – Bloco Operatório
CAJ – Centro de Atendimento a Jovens
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPAP – Continuous Positive Airway Pressure
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CSIJ – Consulta de Saúde Infanto-Juvenil
CTAS – Canadian Triage and Acuity Scale
DGS – Direcção Geral de Saúde
EDIN – Echelle Douleur et d’Inconfort du Nouveau- Né
EE – Enfermeiro Especialista
EESIP – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
EMLA – Eutectic Mixture of Local Anesthetics
HPH – Hospital Pedro Hispano
HSJ – Hospital de São João
ICN – International Council of Nurses
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PÁG. – Página
PNV – Programa Nacional de Vacinação
RE – Registos de Enfermagem
RN – Recém-Nascido
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCE – Supervisão Clínica em Enfermagem
SU – Serviço de Urgência
TAC – Tomografia Axial Computorizada
UAG – Unidade Autónoma de Gestão
UAG-MC – Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN – Unidade Cuidados Intensivos Neonatais
UCIP – Unidade Cuidados Intensivos Pediátricos
UCP – Universidade Católica Portuguesa
ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos
UPIP – Urgência Pediátrica Integrada do Porto
USF – Unidade Saúde Familiar.

ÍNDICE

	Pág.
0. Introdução.....	17
1. Estágio de Saúde Infantil e Pediatria	19
1.1. Módulo I – Saúde Infantil	19
1.2. Módulo III – Neonatologia/Urgência Pediátrica.....	20
2. Competências Desenvolvidas no Percurso Profissional.....	21
3. Competências Desenvolvidas no Estágio.....	27
3.1. Domínio da Prestação de Cuidados.....	28
3.2. Domínio da Gestão de Cuidados	56
3.3. Domínio da Formação.....	59
3.4. Domínio da Investigação.....	65
4. Conclusão.....	69
Referências Bibliográficas	71
Anexos.....	77
Anexo I – Cronograma de Estágio de Saúde Infantil e Pediatria.....	79
Anexo II – Caracterização do Centro de Saúde da Senhora da Hora	81
Anexo III – Caracterização do Serviço de Neonatologia do Hospital Pedro Hispano	83
Anexo IV – Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de São João	85
Anexo V – Poster alusivo aos Benefícios do Aleitamento Materno proposto para o SU do Hospital de São João	87
Anexo VI – Planeamento de Acção de Educação para a Saúde: “Sexualidade Saudável”	89
Anexo VII – Avaliação da Acção de Educação para a Saúde: “Sexualidade Saudável”.....	91
Anexo VIII – Planeamento da Acção de Educação para a Saúde: “Para uma Vida sem Fumo”	93
Anexo IX – Avaliação da Acção de Educação para a Saúde: “Para uma Vida sem Fumo”.....	95

Anexo X – Planeamento de uma Acção de Formação: “Sacarose – Para uma Imunização sem Dor”	97
Anexo XI – Avaliação de uma Acção de Formação: “Sacarose – Para uma Imunização sem Dor”	99
Anexo XII – Guia de Acolhimento Proposto para o Serviço de Neonatologia do HPH.....	101
Anexo XIII – Cuidados no Banho ao RN.....	103

0. INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa (UCP) do Porto compreende a Unidade Curricular Relatório.

O presente documento deve *“demonstrar a capacidade do aluno em identificar problemas e desenvolver soluções, de reflectir sobre as acções realizadas e as suas implicações éticas e sociais e de comunicar adequadamente as suas conclusões”* (UCP, 2009).

Este curso de especialização visa especificamente a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de Enfermagem avançada ao recém-nascido (RN), criança e adolescente, com especial atenção para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença.

Um estágio é sempre uma oportunidade única e uma atitude reflexiva sobre as actividades desempenhadas, sempre provida de um sentido crítico, sendo uma forma muito importante de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, tendo por finalidade o desenvolvimento de saberes, capacidades e competências inerentes que me habilitem para a prestação e gestão de cuidados de Enfermagem especializados, autónomos e interdependentes na área da Saúde Infantil e Pediatria.

Atendendo a que *“A Pediatria é uma especialidade da prática de enfermagem que envolve o cuidar de crianças saudáveis e doentes...”* (Opperman e Cassandra, 2001), esta é a área onde me sinto realizada profissional e pessoalmente. A filosofia que orienta a Enfermagem em pediatria baseia-se no cuidar do RN/criança/adolescente considerando sempre a sua família um elemento precioso e imprescindível na prestação de cuidados, devendo o enfermeiro apoiar e reforçar a competência da família (Hockenberry, 2006, pág. 10).

Com a elaboração deste relatório, pretendo atingir os seguintes objectivos gerais, tal como preconiza o Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem:

- ✿ Aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP);
- ✿ Desenvolver capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações éticas e sócias que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ✿ Ser capaz de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Para a concretização deste relatório utilizei uma metodologia descritiva e reflexiva, baseada no desenvolvimento da minha actividade, tendo recorrido a entrevistas informais com os enfermeiros, à pesquisa bibliográfica com evidência científica bem como aos registos das actividades executadas.

No sentido de facilitar a sua organização e leitura considero pertinente dividi-lo em 3 capítulos. No primeiro capítulo contextualizo os locais de estágio; no segundo analiso as competências desenvolvidas ao longo do meu percurso profissional dada a creditação que obtive no módulo de assistência à criança/família em serviços de Medicina/Cirurgia e no terceiro, e sem dúvida o cerne deste trabalho, apresento os objectivos específicos delineados previamente e as actividades desenvolvidas para a aquisição das competências inerentes à prática do enfermeiro especialista e respectiva reflexão em cada um dos quatro domínios: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação.

Por último concluo o trabalho reportando se atingi, ou não, os objectivos a que me acabo de propor e apresento as considerações finais resultantes desta experiência.

Em anexo apresentarei os documentos comprovativos das minhas actividades durante o estágio.

Sendo eu responsável pelo meu processo de formação e mentora da minha própria aprendizagem compreendo que toda a formação visou o desenvolvimento de competências nos vários domínios sendo essencial realizar uma reflexão sobre as minhas acções, pois ao meditar irei compreender a razão da minha aprendizagem.

1. ESTÁGIO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

O Estágio na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, de acordo com o Plano de Estudos do Curso, compreende uma divisão em 3 Módulos:

- ✿ Módulo I - Saúde Infantil – Centro de Saúde (CS) da Senhora da Hora, de 4 de Outubro a 27 de Novembro de 2010, 250 horas de estágio;
- ✿ Módulo II - Serviços de Medicina / Cirurgia;
- ✿ Módulo III - Serviços de Urgência (SU) e Serviços de Neonatologia – Serviço de Neonatologia do Hospital Pedro Hispano (HPH), de 19 de Abril a 15 de Maio de 2010 e no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital São João (HSJ), de 17 de Maio a 19 de Junho de 2010, 250 horas de estágio.

O número total de horas do Estágio foi de 500 horas de trabalho, sob a coordenação da Professora Constança Festas (Anexo I).

Relativamente ao Módulo II foi-me concedida creditação a 250 horas de estágio, tendo sido dispensada da realização do estágio em serviços de Medicina / Cirurgia, devido à minha experiência profissional no serviço de Pediatria Médica do HSJ desde 2005, onde presto cuidados de Enfermagem a crianças com problemas de saúde de natureza aguda e/ou crónica. Contudo, foi-me concedida autorização para observar a dinâmica do serviço de Pediatria Cirúrgica do HSJ com o objectivo geral de compreender / analisar criticamente o papel do Enfermeiro Especialista (EE) em SIP em contexto cirúrgico.

O Estágio constituiu-se como um “... *momento de aproximação à vida profissional, emergindo como componente relevante no processo de formação*” (Alarcão e Rua, 2005).

Claramente, este foi dirigido “... *aos projectos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde / doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida*” (Nunes, 2009).

1.1 MÓDULO I – SAÚDE INFANTIL

O Estágio do Módulo I decorreu no CS da Senhora da Hora, integrante da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), tendo como tutora a Enfermeira Alexandra Correia. A carga horária do estágio preencheu certamente mais que o total estipulado de 250 horas, tendo realizado 182h de contacto directo e muito mais de 70h de estudo individual, que abrangeram a contínua e exaustiva pesquisa bibliográfica, a realização constante de trabalhos / preparação de acções de educação para a saúde e formações e a visita a instituições de grande pertinência na área de SIP.

O CS da Senhora da Hora é responsável pelas freguesias da Senhora da Hora, Guifões e Custóias (Anexo II).

A escolha deste local de estágio prendeu-se, essencialmente, em verificar a estreita e eficaz comunicação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares e com a vontade de colaborar na prestação de cuidados de saúde especializados e de excelência na comunidade contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tornando-os mais próximos, adequados, efectivos, e eficientes. Outro aspecto importante foi pelo facto de apresentarem projectos de intervenção especializados como, por exemplo, o Bem-Me-Quer, que me despertou grande atenção e motivação. A existência do Enfermeiro de Família, metodologia de trabalho utilizada nesta unidade, também me impeliu para esta escolha já que este integra uma equipa de Saúde que presta cuidados de Enfermagem essenciais a uma comunidade definida, proporcionando ao indivíduo e família uma resposta acessível, personalizada e humanizada, garantindo-lhe a continuidade dos cuidados.

1.2 MÓDULO III – NEONATOLOGIA / URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O Estágio do Módulo III decorreu em dois contextos de assistência à criança e família, desenvolvendo-se em dois lugares distintos, no Serviço de Neonatologia do HPH e no Serviço de Urgência Pediátrica do HSJ. A carga horária do estágio preencheu um total de 250 horas, sendo 180h de contacto directo (90 horas em cada contexto) e naturalmente mais de 70h em pesquisa, visitas e observação.

Desenvolvi estágio no serviço de Neonatologia do HPH apesar de não o ter planeado no meu projecto de estágio, contudo sinto-me afortunada pela oportunidade que me proporcionaram em desenvolvê-lo nesta excelente unidade, extremamente organizada e empenhada em prestar cuidados de Enfermagem de excelência ao RN/ família.

A escolha do SU do HSJ prendeu-se com a minha vontade de conhecer a dinâmica deste serviço por ser de referência do norte do país, constituindo uma unidade de Urgência Pediátrica Integrada do Porto (UPIP) e sendo o único serviço de atendimento pediátrico urgente da cidade do Porto, por ter implementado o Sistema de Triagem Pediátrica CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) realizado unicamente por enfermeiros e pelo motivo de desempenhar funções no serviço de Pediatria Médica A do mesmo hospital permitindo-me uma melhor compreensão da sua articulação intra-hospitalar (Anexo IV).

Este período de estágio teve como tutoras as Enfermeiras Carla Freitas e Rute Cunha no primeiro local atrás citado e a Enfermeira Ana Carolina Moreira no segundo.

2. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO PERCURSO PROFISSIONAL

Conforme o programa de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com EESIP da UCP, é pressuposto geral do Módulo II, o contacto com serviços de Pediatria Médica e Cirúrgica e deste modo se assistam crianças com problemas de saúde de natureza aguda e/ou crónica, com doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos.

Tal como referi previamente, encontro-me a exercer funções no serviço de Pediatria Médica A do HSJ desde 3 de Novembro de 2005, tendo-me sido concedida creditação no Módulo II do estágio, após executar um Relatório de Experiência Profissional para Creditação, no entanto, neste capítulo irei apresentar uma reflexão crítica sobre os cuidados de Enfermagem que regularmente desenvolvo no serviço de modo a justificar que possuo competências profissionais compatíveis com a creditação.

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA MÉDICA DO HSJ

O Hospital de São João é o maior hospital do Norte. Presta assistência directa à população de parte da cidade do Porto (freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes (Anexo IV). Encontra-se agrupado em 6 Unidades Autónomas de Gestão (UAG): de Medicina; de Cirurgia; da Mulher e Criança; dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; da Urgência e Cuidados Intensivos; e da Saúde Mental. São níveis intermédios de gestão, com ampla autonomia, possibilitando melhorar a celeridade e a qualidade da decisão.

A UAG da Mulher e da Criança (UAG-MC), de acordo com o Regulamento Interno do HSJ, engloba 7 Serviços e 1 Unidade: Pediatria Médica, Neonatologia, Cirurgia Pediátrica, Ginecologia e Obstetrícia, Urgência Pediátrica, Unidade de Hematologia e Oncologia Pediátrica, Cardiologia Pediátrica e a Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios de Pediatria. A UAG-MC pretende estar focalizada no doente em que as suas Equipas de profissionais garantem uma oferta da máxima complexidade, diferenciação e qualidade, acessibilidade, equidade, segurança, conforto assistencial e humanização. Esta pretende ser uma organização que associa competências assistenciais e de formação pré e pós graduada e de investigação, asseguradas por quadros de experiência reconhecida e com uma gestão responsável e eficiente, capaz de gerir os seus recursos e favorecer o desenvolvimento, a participação e o empenho de todos os seus profissionais.

O Serviço de Pediatria Médica integra o utente pediátrico desde o nascimento aos dezoito anos. Este situa-se no 2º piso e encontra-se estruturalmente dividido em duas alas, a da esquerda (Pediatria Médica B) admite RN/crianças até aos dois anos e a da direita (Pediatria

Médica A), onde eu desempenho funções, recebe crianças dos 2 aos 18 anos. A proveniência das crianças faz-se através do serviço de urgência; por transferência de outros serviços da instituição hospitalar, como por exemplo do serviço de Neonatologia, da Pediatria Cirúrgica, da Ortopedia Infantil, da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, da Consulta Externa, do Hospital de Dia, da Hematologia-Oncologia, da Neurocirurgia Pediátrica, etc.; assim como do exterior à instituição.

É frequente serem admitidas crianças na Pediatria Médica A com menor idade, com patologia cirúrgica, cardiológica, neurocirúrgica, neurológica, oncológica, ortopédica e até doentes crónicos ou com deficiência superior a esta idade.

REFLEXÃO:

A criança e a família constituem o alvo da prestação de cuidados do enfermeiro em Pediatria. Diversos autores preconizam a prestação de cuidados centrados na família, reconhecendo a mesma como uma constante na vida da criança e, defendendo que os profissionais de saúde devem apoiar, respeitar, estimular e intensificar a competência da família (Hockenberry, 2006, pág. 20). A parceria entre os pais e o profissional é descrita por Hockenberry (2006, pág. 10) como um mecanismo poderoso para os processos de capacitação e “empoderamento” familiar. Os pais têm o direito de decidir o que é importante para eles e sua família. Os profissionais encaram os pais com igualdade e respeito pela sua actuação, mas também apoiam e potencializam as capacidades da família, promovendo o seu desenvolvimento e ficando ambos mais capacitados e fortalecidos.

Como enfermeira a desempenhar funções num serviço pediátrico, presto cuidados à criança hospitalizada e à sua família, ajudando-as a atingirem e manterem um nível de saúde óptimo.

Este é um serviço onde tem aumentado a complexidade do tipo de patologias e da sua necessidade em cuidados por ser um hospital central, universitário, de referência, o qual está vocacionado para uma oferta global de serviços, com marcada diferenciação técnica e científica, necessária à assistência do grupo etário pediátrico.

O método de distribuição de trabalho utilizado é o individual, que consiste na atribuição de um número de crianças, aos quais o enfermeiro presta todos os cuidados necessários, ou seja, “...a totalidade dos cuidados é prestada pela enfermeira afecta ao doente” (Costa, 2004). A utilização desta metodologia, não inviabiliza que promovamos o espírito de trabalho em equipa, sendo obrigatório que sejamos conhecedores da situação clínica das restantes crianças.

Em cada turno existe um responsável de equipa de Enfermagem, que orienta a equipa e os Auxiliares de Acção Médica, na resolução de problemas de maior dificuldade, zelando sobretudo pela qualidade dos cuidados prestados. Assumo, por vezes, esta função de liderar

equipas de prestação de cuidados especializados na área de SIP, procurando sempre ser um agente motivador da minha equipa.

Colaboro na integração de novos profissionais e na orientação de alunos em estágio do curso de licenciatura em Enfermagem. Também exerço supervisão do exercício profissional na área de EESIP e realizo a gestão dos cuidados. É minha preocupação procurar promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos meus colegas.

Os registos de Enfermagem (RE) são elaborados em impressos próprios, não sendo ainda informatizados. É inquietação actual implementar um sistema de informação em Enfermagem, informatizado, nomeadamente, o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), pelo que se encontra em desenvolvimento este processo.

A área da Enfermagem Pediátrica reúne um conjunto exclusivo de focos de Enfermagem que constituem áreas de atenção e de intervenção.

Ao longo do meu percurso como enfermeira tenho desenvolvido o meu pensamento crítico relativamente às problemáticas existentes no serviço.

É no âmbito das minhas competências nos domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional que tomo por foco de atenção a Dor. A dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que percebemos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência (Batalha, 2010). Realizo com grande frequência cuidados pré e pós operatórios, procedimentos invasivos, dolorosos, sendo, para mim, o foco dor de grande preocupação e pertinência. A dor não escolhe idades e constitui um dos estímulos adversos mais frequentemente experimentados pelas crianças, que pode ser resultado de traumatismos, cirurgias, doenças ou procedimentos médicos ou de Enfermagem (Academia Americana de Pediatria, 2001, cit por Batalha et al, 2007). Todas as experiências dolorosas vivenciadas desde cedo terão um impacto significativo no desenvolvimento da criança. De acordo com Hatfield et al (2008), estas experiências poderão alterar permanentemente o sistema nervoso central e incluem comprometimento de estruturas cognitivas.

Neste sentido e tendo em conta o direito primordial da criança, deliberado na Carta da Criança Hospitalizada, que diz que “ *As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo*”, é com cuidado que adopto estratégias que minimizem a dor. Este facto é salientado pela Ordem dos Enfermeiros (2008) que defende que “*Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.*”

Intervir na minimização da dor na criança é investir em boas práticas, baseadas na evidência, que em muito vão contribuir para a prestação de cuidados de qualidade, pelo que se constitui um desafio muito gratificante na minha prática.

Planeio, diariamente, para este foco diversas intervenções de Enfermagem, tais como: vigiar dor; monitorizar dor através de escala de dor; otimizar o ambiente físico; executar termoterapia; posicionar a criança; ensinar a criança sobre dor (causa, duração, desconfortos decorrentes de procedimentos); executar técnica de imaginação guiada (para que esta técnica seja bem sucedida, é necessário que a criança pratique, usando a imaginação, antes que ocorram os procedimentos dolorosos (Opperman e Cassandra, 2001)); executar técnica de distração; gerir analgesia; aplicar EMLA (Eutectic Mixture of Local Anesthetics); incentivar a presença dos pais, etc.; sendo que, em todos eles, o meu objectivo máximo é somente um: responder à obrigação ética de aliviar a dor de quem dela padece.

A promoção do conforto da criança torna-se um objectivo primordial na minha prática de cuidados. Segundo Kolcaba (1992), citando Harmer (1926), o Conforto apresenta-se como central para a boa prática de Enfermagem, atribuindo à própria, a responsabilidade em assegurar o ambiente físico confortável, assim como, o alívio de dor e desconforto.

Não existem fórmulas pré-preparadas que possam ser utilizadas para proporcionar conforto pois cada situação é uma realidade única, com uma criança e família particulares. No entanto, existem um vasto conjunto de intervenções, maioritariamente autónomas, que desempenho para promover o conforto e bem-estar da criança, como por exemplo: investigo a experiência de dor da criança, pedindo-lhe para apontar a área que dói, usando a escala adequada de monitorização de dor e/ou perguntando à criança o que alivia e piora a dor; proporciono segurança com explicações honestas e oportunidades de escolha, dizendo o quanto irá doer o procedimento, quanto tempo durará, esclarecendo que a dor não significa punição, explicando à criança que o procedimento é necessário para que ela melhore, e é importante que permaneça quieta para que possa ser feito rapidamente; preparo a criança para o procedimento doloroso explicando o procedimento com palavras adequadas à idade da criança e ao nível de desenvolvimento, encorajando a criança a fazer perguntas antes e durante o procedimento, permitindo que os pais estejam presentes aquando dos procedimentos; proporciono privacidade à criança durante o procedimento doloroso, usando a sala de tratamento e não a cama; auxilio a criança após o procedimento doloroso, etc..

Garantir conforto em Pediatria reveste-se de várias particularidades, consistindo num processo interactivo que envolve crianças, familiares e profissionais de saúde.

O aumento da complexidade do tipo de patologias e da sua necessidade em cuidados tem vindo a aumentar ao longo dos anos, pelo que no serviço temos recebido crianças com ventilação assistida por bipap, com traqueostomia, com colostomias, etc.. O foco de

Enfermagem papel parental reveste-se de peculiar atenção no meu dia-a-dia já que existe necessidade de preparar os pais destas crianças para lhe prestarem cuidados no domicílio.

É um desafio muito grande para os pais lidarem com um filho ostomizado, sendo minha função avaliar as suas necessidades e capacidades para cuidarem dos filhos. Por exemplo, a presença de uma traqueostomia numa criança é um factor que pode pôr em risco a sua vida por obstrução da via aérea e asfixia. Considero essencial dotar os pais de conhecimentos e capacidades técnicas, para prestarem cuidados aos seus filhos no domicílio e prevenir que este tipo de situações ocorra. Os pais necessitam de realizar uma aprendizagem sobre os conhecimentos e executar os procedimentos de forma eficaz antes de terem alta hospitalar, para isso é necessário primariamente ensinar sobre os objectivos das intervenções, depois instruir os pais explicando o objectivo de cada actividade à medida que se vai realizando o procedimento e por fim observar a execução do procedimento pelos pais (Hockenberry, 2006). Previamente a promover a participação parental na prestação de cuidados ao seu filho, existe necessidade de perceber e entender o nível de envolvimento parental que desejam e que efectivamente conseguem desempenhar, evitando assim atitudes negativas bem como conflito entre pais e profissionais de saúde.

Novos problemas de saúde ligados a processos familiares, a novos estilos de vida fazem-nos deparar com o crescente aparecimento de comportamentos de risco, obesidade, tentativas de suicídio; doenças crónicas; traumatismos e lesões acidentais. O foco imagem corporal reveste-se de singular relevância quando falamos em adolescentes internados num serviço pediátrico.

“A adolescência é um período do desenvolvimento humano que decorre aproximadamente, dos 12 aos 19 anos de idade (segundo a OMS), caracterizado por uma revolução biopsicossocial. É um período de grande crescimento e transformações, onde tudo é vivido intensamente” (Oliveira, 2008).

Numa situação de doença, o adolescente confronta-se com uma imagem corporal alterada, levando-o a sentir-se diferente. Por este motivo, ele não tolera os desvios do corpo idealizado consequentes da terapêutica, nem as limitações impostas pela doença, que alteram a sua aparência física e restringem a sua independência e habilidades (Vieira e Lima, 2002). É minha função apoiar o adolescente permitindo-lhe adaptar-se ao seu processo de transição saúde-doença. *“A simultaneidade de ser adolescente e ser adolescente hospitalizado com doença crónica é processo complexo e necessita da devida reflexão por todos que cercam o adolescente, incluindo a família, a equipe de saúde e essencialmente o enfermeiro, com quem convive e partilha a transição de saúde-doença com maior proximidade”* (Maas, 2006). Por exemplo, é minha preocupação, sempre que possível, admitir o adolescente num dos quartos destinados a adolescentes; realizar procedimentos na sala de tratamentos ou, se necessário, por vezes em caso de limitação de mobilidade, na enfermaria após colocar biombos, no sentido de não exacerbar mais esse sentimento de insegurança, sobretudo devido à diminuição de

privacidade sentida pelo jovem no ambiente hospitalar, em que muitas vezes ele sente mesmo que a sua intimidade está a ser invadida.

É no contexto da minha prática que afirmo existir um foco da prática sensível aos cuidados de Enfermagem que, desde o início do meu curso de licenciatura em Enfermagem, me motiva: a reflexão sobre a comunicação que estabeleço com a criança/família durante a hospitalização.

A comunicação com a criança hospitalizada implica uma dinâmica criança/família/enfermeiro. Procuo na minha prática adoptar estratégias de comunicação e actuação que reduzam os níveis de ansiedade causados pela hospitalização. Dependendo da etapa de desenvolvimento em que cada criança se insere, surgem estratégias de actuação específicas. Considero ter presente que são os componentes não-verbais do processo de comunicação que transmitem as mensagens mais importantes. Entendo que desempenho um papel privilegiado na relação terapêutica com os pais, percebendo que para cada pai ou mãe, a situação que motivou a hospitalização é sempre geradora de ansiedade e que esperam de mim uma atitude de esperança, empatia e disponibilidade. O saber ouvir e o saber falar dos enfermeiros é sempre muito valorizado pelo acompanhante da criança hospitalizada, necessitando estabelecer um relacionamento cimentado na confiança. Um olhar, um sinal de cabeça, um sorriso de cumplicidade, uma mão no ombro...são meios muito simples de comunicar...no cuidar.

Como enfermeira exerço sempre a minha prática de cuidados baseada nos “... *princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico dos enfermeiros...*” (OE, 2001) conduzindo-me assim a uma boa prática de Enfermagem.

Ao longo destes anos tenho-me preocupado na actualização de conhecimentos na área de SIP, pelo que tenho investido em formação no sentido de uma profunda compreensão da criança e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta. Como futura EE em SIP, ambiciono ter conhecimento profundo sobre este processo de crescimento e desenvolvimento da criança e o efeito da doença na sua vida bem como da sua família e, também, possuir conhecimentos adequados no que concerne à legislação de protecção da criança, porque cada vez mais nos deparamos com circunstâncias em que esse conhecimento nos é requerido.

É neste contexto de assistência a crianças com problemas de saúde de natureza aguda e/ou crónica, com doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos que mediante a minha experiência profissional afirmo ter desenvolvido competências que são coincidentes com as propostas pelo plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO

Competência é a capacidade de mobilizar recursos cognitivos para realizar uma acção relativamente ajustada à situação. Ou seja, tal como enuncia a OE (2003), a definição de competência *“refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”*.

Considero que a aquisição de competências, nomeadamente na área da SIP, se desenvolve através de um percurso vivenciado a nível pessoal e profissional. O desenvolvimento destas competências deve ser adequado à idade da criança, à sua individualidade e sua família.

Segundo a OE (2010), Enfermeiro Especialista é o enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem que demonstra possuir um julgamento clínico de elevada matriz, tendo em conta as respostas humanas às situações de vida e aos processos de saúde/doença, traduzido num conjunto de competências, relativas a um campo particular de intervenção. Possuir competências especializadas é ser capaz de responder cabalmente às necessidades das pessoas, através da mobilização de um conjunto de competências transversais e de competências específicas da sua área de especialidade que permitem a atribuição do título pela ordem.

O plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da UCP define quais as competências a desenvolver para que seja possível obter o Diploma de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pelo que foram estas que procurei atingir ao longo do estágio desenvolvido.

Neste sentido, para melhor estruturar a análise dos objectivos específicos pareceu-me relevante agrupá-los nos 4 domínios: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação (Domínios das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais facultado pela OE, 2003), tal como defini no projecto de estágio, já que *“o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais”*, tal como enuncia a OE (2010).

As competências singulares do EE em SIP vão, então, para além da prestação de cuidados de Enfermagem Gerais. Com a formação ao nível da especialidade, deve encontrar-se habilitado com a competência científica, técnica e humana para o desempenho de cuidados de Enfermagem mais complexos, actuando nomeadamente junto das crianças, dos jovens e das suas famílias em situação de risco ou crise (Diário da República, 1991: Decreto-lei nº 437/91).

Assim, durante este caminho procurei atingir competências clínicas especializadas dentro de um campo de intervenção especializado - âmbito da SIP - sendo a minha área de predilecção e total fascínio.

Irei, deste modo, agora relatar clara e concisamente as actividades/estratégias por mim desenvolvidas numa lógica de responder aos objectivos específicos delineados para o estágio.

3.1 DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados encontra-se inserida no seio de uma multiplicidade de fenómenos e acontecimentos. Os *“cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”* (OE, 2002).

Neste contexto, o exercício da actividade profissional do enfermeiro tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (REPE – artigo 8º, 1998).

Foi, coerentemente, o domínio da prestação de cuidados que fomentou a aquisição de um maior número de competências.

COMPETÊNCIA DESENVOLVIDA:

17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- ★ Conhecer a dinâmica organizacional dos serviços de Neonatologia, Urgência de Pediatria e Centro de Saúde;
- ★ Analisar criticamente a metodologia de trabalho utilizada nos serviços de Neonatologia, Urgência e Centro de Saúde.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Conheci a dinâmica organizacional dos serviços de Neonatologia do HPH, SU de Pediatria do HSJ e CS da Senhora da Hora;
- Consultei normas e protocolos existentes nos serviços;

- Desenvolvi uma relação profissional com a equipa de Enfermagem e os outros profissionais da equipa multidisciplinar;
- Identifiquei as metodologias de trabalho dos serviços, reflectindo sobre as mesmas.

REFLEXÃO:

Primeiro dia de estágio... locais desconhecidos... uma nova etapa do processo de ensino/aprendizagem que se iniciou e uma integração a realizar-se positivamente para adquirir, desenvolver e integrar saberes para a assistência de Enfermagem avançada ao RN, criança e adolescente.

Tal como referi previamente, o CS da Senhora da Hora e o Serviço de Neonatologia do HPH pertencem à ULS de Matosinhos. A ULS tem por norma realizar uma sessão de integração aos alunos que lá realizam estágio. No primeiro dia de estágio, assisti à apresentação no auditório do Hospital Pedro Hispano, onde se concretizou a apresentação da ULS, do guia de acolhimento aos alunos de Enfermagem e uma pequena palestra onde foi apresentada a norma de lavagem das mãos.

Após a sessão, dirigi-me aos locais de estágio (com excepção do SU do HSJ ao qual me encaminhei imediatamente no dia e hora combinados), onde fui excelentemente recebida pelos enfermeiros chefes que me apresentaram a estrutura física e funcional dos serviços, os elementos das equipas multidisciplinares presentes com quem iria contactar e as enfermeiras tutoras. Consultei normas e protocolos, familiarizei-me com as metodologias de trabalho e com os equipamentos, bem como observei a prestação de cuidados. Também se traçaram as principais actividades a desenvolver ao longo do estágio.

As enfermeiras tutoras mostraram-se muito receptivas a participarem no meu processo formativo. A sua orientação foi bastante positiva pois ao mostrarem-se sempre muito atentas e disponíveis e serem dotadas de conhecimentos adequados e aprofundados na prestação de cuidados ao RN/criança/adolescente/família, contribuíram para o bom desenvolvimento deste meu percurso com grande impacto no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Além disso, devo também focar o papel interventivo/interactivo das equipas multidisciplinares que constituíram permanentemente comigo uma parceria muito funcional. Tive sempre o cuidado de realçar e promover esta relação, dando valor à compreensão, disponibilidade do saber ouvir.

Após um período inicial de dúvidas e incertezas, adaptei-me à estrutura e dinâmica da UCIN, sabendo agora identificar os recursos e circuitos do serviço. Contribuíu, também, para tal efeito, a consulta do Manual de Integração Específico da UCIN (manual de integração ao enfermeiro muito pertinente) e as conversas informais com a equipa multidisciplinar. O método de trabalho adoptado pela equipa de Enfermagem é o método individual com um rácio variável,

dependendo do número de RN internados, número de enfermeiras por turno e estado geral do RN. Cada enfermeira presta cuidados globais, podendo eventualmente contar com a colaboração de uma colega mais disponível e, no caso dos elementos mais novos no serviço, podem contar com a colaboração das colegas mais experientes.

No contexto da Consulta de Saúde Infantil/Juvenil, o estágio foi desenvolvido maioritariamente na USF do CS e no que diz respeito a projectos de intervenção especializados na área da SIP foi desenvolvido na UCC. Na USF observei o papel do enfermeiro de Família, metodologia de trabalho utilizada nesta unidade. Este integra uma equipa de Saúde que presta cuidados de Enfermagem essenciais a uma comunidade definida, proporcionando ao indivíduo e família uma resposta acessível, personalizada e humanizada, garantindo-lhe a continuidade dos cuidados. Considero o seu papel de grande relevância porque verifiquei que a prestação de cuidados é mais personalizada e eficaz visto que conhece pormenorizadamente o seu alvo de cuidados.

A recepção no Serviço de Urgência de Pediatria do HSJ foi muito agradável, esta não esmoreceu ao longo de todo o período em que decorreu o estágio, pois foi excelente a receptividade demonstrada pelos profissionais com quem contactei. A metodologia de trabalho adoptada pelos enfermeiros é o método em equipa, sendo que executam as suas actividades em interacção para que a melhoria da prestação de cuidados seja alcançada. Observei o percurso que a criança faz, desde a sua entrada na Urgência, até à sua alta ou possível transferência.

Integrei-me efectivamente nas equipas e prestei cuidados cumprindo as normas e protocolos dos serviços, assumindo sempre um espírito reflexivo na e sobre a acção, algo fundamental numa prática especializada. A minha integração nas equipas multidisciplinares e o conhecimento da dinâmica funcional dos serviços permitiram-me uma melhor e mais organizada prestação de cuidados ao RN/criança/adolescente/família.

Tenho assim consciência de ter atingido este objectivo, tendo em conta que o saber ser e o saber estar são cruciais para uma integração adequada no ambiente de trabalho.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS:

7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada. 10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP. 12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada. 13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP. 19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- ★ Analisar de forma crítica os processos de assistência de Enfermagem especializada à criança/família em contexto de Neonatologia;
- ★ Desenvolver métodos de pensamento criativo e interventivo na abordagem à criança e sua família;
- ★ Desenvolver capacidades de reagir em presença de situações imprevistas e complexas.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Reflecti sobre os métodos de abordagem à criança e família;
- Prestei cuidados ao RN/criança/família em situações imprevistas e complexas.

REFLEXÃO:

Desde que terminei o curso base de Licenciatura em Enfermagem que a minha única realidade profissional é o serviço de Pediatria Médica A do HSJ. Sempre tive curiosidade em conhecer outras realidades semelhantes para aí adquirir novos saberes dentro da minha área de preferência que é, sem dúvida, a pediatria, que quero aperfeiçoar continuamente. A este respeito devo salientar que, inicialmente, senti dificuldade na prestação directa dos cuidados no serviço de Neonatologia do HPH dado que nunca tive contacto com uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Fui, progressivamente, observando e, posteriormente, colaborando na prestação de cuidados ao RN/família, sob orientação directa das enfermeiras tutoras. Assim, necessitei mobilizar conhecimentos adquiridos durante a formação teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e, também, da minha prática vivenciada num serviço de Pediatria. Realizei, ainda, continuamente pesquisa bibliográfica com a finalidade de ampliar os meus conhecimentos sobre cuidados de Enfermagem em Neonatologia; sobre as patologias mais frequentes e mesmo as mais raras e complexas do serviço; a terapêutica farmacológica mais utilizada, sua preparação e administração e focos da prática sensíveis aos cuidados de Enfermagem prestados em Neonatologia. Considero que aperfeiçoei cada vez mais a minha assistência ao RN/família, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização.

Acompanhei um RN na incubadora de transporte a realizar uma Tomografia Axial Computorizada (TAC). Era um RN com alguma instabilidade hemodinâmica e com um dispositivo de Pressão Positiva Contínua das Vias Aéreas (CPAP) por tubo nasofaríngeo. Eu e a minha tutora preparamos todo o material necessário. Considero a necessidade da existência

de um aspirador de secreções de transporte já que o RN apresentava secreções na orofaringe em moderada quantidade e tive que manter a lateralização da cabeça e limpar com uma compressa. Questionei a não existência do aspirador de secreções de transporte mas, como o tempo de duração do transporte era curto, não acham necessário.

Suscitou-me curiosidade, tendo analisado com a orientadora, a existência na incubadora de transporte de película transparente, isto porque segundo os Consensos Nacionais em Neonatologia (2004), esta diminui as perdas insensíveis de água em RN prematuros. Foi lá colocada pela enfermeira chefe (especialista em SIP) do serviço, demonstrando sempre saberes pormenorizados, aprofundados nesta área de conhecimento.

Foi de singular importância cuidar uma bebé com Síndrome de Abstinência Neonatal. Apresentava frequentemente tremores, irritabilidade (choro excessivo), problemas no sono, reflexos hiperactivos, sudorese, etc.. Motivou em mim e na equipa um ultrapassar desafios constantes para lhe proporcionar conforto. É objectivo do tratamento *“manter os padrões de sono e alimentação o mais próximo possível do normal”* (Secção de Neonatologia, 2004). Não tinha, ainda, utilizado o Índice de Finnegan mas é útil e determinante nesta situação clínica no sentido de orientar o tratamento.

É, também, importante não descurar que a hospitalização da criança é, comumente, geradora de ansiedade para a mesma e para os pais. *“O choque pela hospitalização de um bebé prematuro pode ser compreendido quando observamos os pais serem confrontados com um ambiente estressante e confuso, impotentes para assumirem os cuidados com seu filho que apresenta risco de vida”* (Leite et al, 2003). Num serviço de Neonatologia é fulcral um aprimorado acolhimento e adequada comunicação no sentido de serem minimizadas reacções negativas e se estabelecer uma relação de confiança. Por outro lado, e um aspecto de sublime importância a considerar, é que o nascimento de um filho doente ou prematuro vem desfazer a fantasia do bebé ideal, perfeito. Todas estas emoções podem causar afastamento dos pais. *“Assim, os pais e a família de um recém-nascido ... assistido em UCIN merecem atenção especial dos profissionais que atuam nessa área, particularmente da equipe de enfermagem que tem maior oportunidade de contato com os pais e família...”* (Leite et al, 2003). Foi minha constante preocupação na minha prática de cuidados na UCIN, minimizar estes efeitos adversos na criança e família.

Em todos os locais de estágio, procurei ter sempre um processo de pensamento criativo na abordagem das necessidades do RN/criança/família, que me permitisse desenvolver intervenções com vista a resolução dos seus problemas.

Não tive oportunidade de desenvolver competências na área de emergência pediátrica, contudo procurei entender a actuação dos profissionais, através da partilha das experiências vivenciadas neste contexto e tive oportunidade de identificar todo o material existente na Sala de Emergência.

Encaro que consegui demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da Saúde Infantil e Pediatria.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS:

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada. 5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara. 8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP. 9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP. 14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente. 15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- ★ Desenvolver cuidados de Enfermagem segundo uma metodologia científica ao RN / criança / adolescente / família, nos diferentes contextos.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Assisti RN/ crianças/ adolescentes e família em contexto de Neonatologia, Urgência de Pediatria e Centro de Saúde;
- Participei no processo de admissão do RN/criança/adolescente/família, de modo sistemático;
- Observei a prestação de cuidados imediatos ao RN na Sala de Partos;
- Acompanhei o percurso do RN desde a sala de partos até à Neonatologia;
- Conheci o percurso da criança desde a sua admissão no SU até à alta / transferência;
- Observei a Consulta de Saúde Infanto-Juvenil (CSIJ);
- Realizei Consultas de SIJ;
- Colhi dados referentes ao RN, criança, jovem e família;
- Planeei as consultas de vigilância e sensibilização para o comportamento de procura de saúde;
- Avaliei o crescimento e desenvolvimento da criança;
- Identifiquei necessidades estabelecendo um plano de cuidados;
- Avaliei os cuidados prestados e resultados obtidos;

- Realizei registos no SAPE, utilizando a linguagem CIPE, para documentar a assistência de Enfermagem realizada;
- Realizei educação para a saúde de forma individualizada sobre relação mãe/pai-filho, desenvolvimento infantil, cuidados ao cordão umbilical, cólicas do recém-nascido, cuidados de higiene, importância do aleitamento materno, hábitos de sono, higiene oral, diversificação alimentar, exercício físico, prevenção de acidentes, reacções vacinais, etc.;
- Observei o papel do Enfermeiro de Família;
- Participei em Visitas Domiciliárias ao RN / criança e família;
- Participei no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade;
- Participei no Curso de Massagem do Bebê e Recuperação Pós-Parto;
- Colhi sangue a RN para diagnóstico precoce;
- Administrei e registei (programa SINUS, SAPE e Boletim) vacinas de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV);
- Identifiquei situações de risco relativamente à vinculação e consecução do papel parental;
- Incorporei a família na prestação de cuidados ao RN/criança;
- Apoiei nos processos de transição da criança e sua família ao longo do ciclo vital;
- Monitorizei a dor através de escala de Dor;
- Executei medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor;
- Realizei pesquisa bibliográfica.

REFLEXÃO:

A criança é um ser com necessidades diferentes em cada estágio do seu desenvolvimento, que necessita de cuidados especializados, adequados à sua individualidade e faixa etária.

O objectivo fundamental dos cuidados de Enfermagem à criança é a promoção da saúde, fomentando o desenvolvimento da mesma em cada etapa da sua vida. Para alcançar este objectivo, é necessário conhecer e compreender a criança, conhecer a forma como se desenvolve e cresce, assim como se relaciona com as pessoas significativas e o ambiente que a rodeia.

O meu percurso profissional tem sido realizado em âmbito hospitalar, pelo que a experiência do exercício profissional em contexto de CSP, foi para mim extremamente rica e desmistificou algumas ideias, que fui construindo ao longo do tempo, a partir de relatos de experiências, algumas negativas.

Assim, foi no desenvolvimento do estágio no CS que aprofundei saberes, capacidades e competências que me habilitaram para a prestação e gestão de cuidados de Enfermagem especializados. A pesquisa bibliográfica de informação credível e actualizada, a consulta de

manuals existentes na instituição, a observação dos cuidados e consequente esclarecimento com a enfermeira tutora, tornaram-se essenciais na minha prestação de cuidados de Enfermagem de excelência.

E, tal como Wong (1999) refere: “*nenhum procedimento é tão rotineiro que a reflexão crítica (pensamento) não seja necessária (o) na interpretação dos resultados*”. Considero o processo de Enfermagem uma ferramenta fundamental para a prática, constituindo-se como a sua estrutura. O Processo de Enfermagem constitui uma abordagem ampla e holística do utente (LeFevre, 2005), e define-se como um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas ordenadas, de forma a planificar cuidados personalizados a cada utente, com o objectivo da melhoria do estado de saúde desse utente. Segundo LeFevre (2005) este processo é *sistemático, dinâmico, humanizado e dirigido a resultados*, promovendo assim cuidado humanizado, e impelindo os enfermeiros a examinarem o seu trabalho e a incrementarem o seu desempenho. É constituído por cinco etapas (Adam, 1994) sucessivas: colheita de dados, análise e interpretação de dados, planificação de cuidados, execução e documentação das intervenções e avaliação, “*que descreve o que verdadeiramente o enfermeiro faz*” (Hockenberry, 2006, pág. 16).

Ao longo de todo o estágio prestei cuidados a RN/crianças/adolescentes e suas famílias utilizando o Processo de Enfermagem, reflectindo nas suas diferentes etapas, nos diferentes contextos da prática.

No Módulo I tive oportunidade de vacinar 21 crianças (na Consulta de SIJ e na Casa do Caminho) e realizar 28 Consultas de Enfermagem de SIJ, sendo que estas abrangiam todas as idades preconizadas no esquema cronológico recomendado no PNV. Assim, aprofundei conhecimentos sobre o PNV promovendo o seu cumprimento. O esquema de vacinação coincide com muitas das consultas de vigilância, o que favorece o cumprimento do mesmo e reduz o número de deslocações ao CS. Não detectei situação alguma de incumprimento do PNV mas estive alerta para que não sejam perdidas oportunidades de vacinação. Compete aos profissionais de saúde “... *divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar*” (PNV, 2006).

A Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil constitui a forma apropriada de proceder à vigilância, à manutenção e promoção da saúde infantil e juvenil. A sua realização é preconizada pela Direcção Geral de Saúde e é desejável que seja realizada por profissionais com conhecimentos e formação específica na área da SIP. Esta é um espaço singular para a avaliação das necessidades parentais e apoio aos pais no desempenho do papel parental, contribuindo para a educação parental mediante os ensinamentos efectuados. A Consulta de SIJ é realizada diariamente pelas enfermeiras de família, metodologia de trabalho utilizada nesta instituição, não sendo todos os elementos EE de SIP. Esta é agendada de modo a que as consultas de equipa, preconizadas na vigilância de SIJ, sejam no mesmo dia e em horário

predefinido, procurando que fossem em dias e horários favoráveis para os pais. Este planeamento, também, evita múltiplas idas ao CS e longas demoras. Sempre que as enfermeiras consideram pertinente, ou se os pais o solicitarem, são marcadas consultas somente de Enfermagem.

Inicialmente realizei consultas com o apoio do Guia Orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, manual realizado por enfermeiras da ULS, tendo-se revelado proveitoso, dado conter informação actualizada e resumida, visando uniformizar os cuidados de Enfermagem e garantir a continuidade destes. Em cada consulta realizei colheita de dados referentes à criança, ao jovem e família; planeei consultas de vigilância e sensibilizei para o comportamento de procura de saúde. Verifiquei que a grande maioria dos utentes se preocupa com o cumprimento da vigilância e cuidados de saúde nos CSP, não sendo apenas no cumprimento do PNV. Nas consultas de Enfermagem, avaliei os dados antropométricos e analisei os parâmetros obtidos; efectuei o exame físico à criança; realizei exames globais de saúde aos 5/6 e 11/13 anos; avaliei as intercorrências entre as consultas como por ex. o recurso aos cuidados de saúde e terapêutica em curso; avaliei e forneci orientações relativas ao aleitamento materno/artificial, introdução de novos alimentos e alimentação da criança e jovem, cuidados de higiene, desenvolvimento físico, psico-motor e afectivo, dentição, controlo esfíncteres, hábitos intestinais, sono, entre outras; alertei para a segurança e prevenção de acidentes; informei sobre os cuidados e atitudes face a problemas comuns na infância (febre, problemas respiratórios, problemas digestivos, traumatismos, etc.); alertei para as reacções vacinais e atitudes a ter face às mesmas; estimulei a adopção de estilos de vida saudáveis (alimentação adequada, exercício físico, prevenção de consumos nocivos, etc.); informei sobre as características do desenvolvimento pubertário; avaliei as preocupações dos pais, da criança ou do jovem e avaliei a dinâmica familiar e rede de suporte sociofamiliar. A identificação precoce de determinados problemas, a implementação de cuidados antecipatórios, os ensinamentos e a promoção da saúde, foram alguns aspectos em que me envolvi e sinto ter enriquecido significativamente as minhas competências enquanto profissional.

Relativamente à primeira consulta de SI, considero pertinente efectuar algumas considerações, por achar que é extremamente importante. Nesta consulta esclareci os pais relativamente ao funcionamento da consulta, mostrando disponibilidade e criando um ambiente de confiança. O primeiro contacto determina não só a adesão e sensibilização dos progenitores ao cumprimento da vigilância de saúde, mas também influencia a relação de proximidade e empatia estabelecida com o profissional que acompanhará a criança. Por outro lado, os pais apresentam frequentemente ansiedade e insegurança relativamente à forma de cuidar do seu bebé, também pela situação nova que se encontram a vivenciar, sendo por isso um momento oportuno para responder às suas dúvidas, para aconselhar, intervir, corrigindo atitudes desapropriadas ou de risco para a criança.

Registei a informação obtida, em cada uma das consultas, no processo de Enfermagem de cada criança (SAPE), no Boletim de Vacinas, no Boletim de SIJ e no SINUS. Também preenchi a ficha de ligação para a Saúde Escolar após a realização dos exames globais de saúde. Os RE permitem estabelecer comunicação entre os vários profissionais de saúde. Estes *“são uma forma de comunicação escrita, que quando correctamente elaborados são uma óptima forma de personalizar cuidados de enfermagem, contribuem para a individualização do utente e consequentemente para uma melhor qualidade dos cuidados”* (Amaral, 1987, cit. por Paulo, 2003). Ou seja, apenas uma comunicação eficaz, explícita e lógica, suportada através de conhecimentos científicos pertinentes é capaz de fornecer dados concisos, preciosos e utilizáveis, sobre o estado do alvo dos cuidados – assegurando a qualidade e continuidade de cuidados.

Afirmo, assim, que realizei várias consultas, nomeadamente no primeiro mês, 2, 4, 5, 6, 9, 12, 15 e 18 meses e 2, 5, 6, 9, 11, 13 e 14 anos. Tive, também, a oportunidade de realizar quatro colheitas de sangue a RN para diagnóstico precoce no CS.

No que respeita a crianças de risco, maus-tratos ou negligência, não detectei situação alguma, mas estive atenta a estas situações, tentando detectá-las para intervir precocemente. Sempre que existem suspeitas são prontamente comunicadas. Esta temática estimulou em mim uma pesquisa mais aprofundada dos mecanismos a accionar nestas circunstâncias e a legislação actual existente. A Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº 147/99 de 1 de Setembro) designa que *“...a promoção dos direitos e a protecção da criança e do jovem em perigo incumbe às entidades com competência em matéria de infância e juventude, às comissões de protecção de crianças e jovens e aos tribunais”*.

Também acompanhei a EE numa visita domiciliária a um RN de 14 dias. Esta família evitou uma precoce deslocação ao CS. É um grande objectivo desta visita permitir detectar, avaliar e intervir precocemente em situações de risco, que por vezes não se detectam na consulta. Favoreceu-se a proximidade e confiança nos cuidados e vigilância prestada pelos enfermeiros do CS.

A participação numa sessão do Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade e em duas sessões do Curso de Massagem do Bebê e Recuperação Pós-Parto permitiu-me avaliar que nos CSP se prestam serviços de Enfermagem diferenciados e integrados com o objectivo de promover o exercício saudável do papel parental com crianças saudáveis/doença crónica e promover a saúde da criança do nascimento à adolescência. Trabalham-se indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem para assim obter ganhos em saúde.

O Curso de Massagens do Bebê é um projecto a decorrer no CS da Senhora da Hora cuja orientadora e formadora é a Enfermeira Alexandra Correia. O curso é reservado a utentes inscritos no CS, tem número limitado de inscrições, decorre durante três semanas, duas vezes por semana, tendo cada sessão a duração de 90 minutos (45' para o bebê e 45' para a mãe). A

formação referente à massagem do bebé é prática: cada mãe faz massagem ao seu bebé, seguindo as instruções e exemplo da enfermeira que usa um boneco, para o efeito.

O projecto de Enfermagem para a Parentalidade “BEM-ME-QUER” desenvolvido pela Enf^a Alexandra permitiu-me reflectir que com muita força de vontade e empenho se realizam projectos especializados de grande valor e impacto, sendo uma das estratégias mais interessantes a que assisti no domínio da promoção e educação para a saúde. As sessões foram dirigidas às necessidades de aprendizagem dos casais; proporcionaram oportunidade de contacto entre os casais e profissionais de saúde, a partilha de ideias e experiências, o potenciar competências parentais e uma maior autonomia na resolução de problemas. É um espaço óptimo para o desenvolvimento de conhecimentos e treino de competências essenciais no processo de adaptação à parentalidade. Permite a detecção de situações de risco e o estabelecimento de uma relação de confiança com a Enfermeira de Saúde Infantil, o que constitui uma mais-valia, para a vigilância e educação para a Saúde. No final de cada aula, foram fornecidos manuais com informação teórica relacionada com os temas abordados. Colaborei em todos os projectos contudo não assumi as sessões por serem trabalhos que foram realizados pela EE.

Ao longo de todo o estágio, procurei sempre ser pontual em todas as actividades e cuidados que me propus realizar, pelo que os planeava antecipadamente com rigor e método, bem como procurei trabalhar em parceria com as enfermeiras tutoras.

No serviço de Neonatologia procurei desenvolver as actividades progredindo nas etapas de observadora, observadora / participante e participante/ autónoma, para que desta forma pudesse preparar e organizar melhor o método de trabalho a desenvolver. Colaborei na prestação de cuidados a 5 recém-nascidos (alto-risco) sendo que um tinha 31 semanas de gestação, uma tinha 26 semanas de gestação, duas tinham 29 semanas e outro tinha 35 semanas; e assisti 15 RN em cuidados intermédios. Clinicamente, o que encontrei durante o meu período de estágio na UCIN foi: prematuridade, baixo peso ou extremo baixo peso ao nascer, sépsis, hiperglicemia não cetótica, hipoglicemia, icterícia, síndrome de abstinência, hipotonia, gemido, bradicardia e pneumonia.

Planeei ao máximo desenvolver um trabalho de e em equipa e progressivamente foi-me possibilitado desenvolver uma vasta gama de actividades, de acordo com a metodologia existente, assumindo sempre um espírito reflexivo na e sobre a acção, algo fundamental numa prática especializada. Assim pude desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente. Tive oportunidade de desempenhar actividades nunca antes realizadas. Particpei no processo de admissão do RN / família na unidade sendo muito importante a relação de empatia logo estabelecida, já que uma primeira impressão é sempre valorizada. Introduzi os dados do RN no SAPE. É um processo algo complexo inicialmente e que demora algum tempo para ser correctamente inserido no sistema, sendo difícil executá-lo quando o

serviço se encontra “complicado”. Acompanhei o percurso de um RN desde a sala de partos até à UCIN e foi com agrado que constatei uma médica do serviço demonstrar preocupação / disponibilidade nesse sentido, já que eu tinha comentado com a equipa esse meu objectivo.

Acompanhei a minha tutora, EE Carla, numa visita domiciliária ao RN/família nas primeiras 48h pós alta e identifiquei o verdadeiro papel da enfermeira especialista na visita. A relação entre a enfermeira da UCIN e a do CS da área de residência é benéfica para a continuidade e excelência de cuidados a prestar ao RN. “Cuidados no Acompanhamento do Prematuro ao Domicílio” é um projecto inovador do HPH e já ganhou um prémio, sendo-lhe reconhecido o contributo para o desenvolvimento da saúde em Portugal.

A cargo da unidade de Neonatologia do HPH e dos enfermeiros dos vários CS da ULSM, este projecto garante uma visita domiciliária, nas primeiras 24 horas após a alta da Unidade, a todas as crianças nascidas prematuramente. Este projecto nasceu após um trabalho de investigação realizado pela equipa de Enfermagem da UCIN, com a finalidade de identificar as necessidades/dificuldades sentidas pelos pais dos bebés prematuros após alta hospitalar. O seu grande objectivo é facilitar a integração do prematuro no seu ambiente familiar. Foi neste sentido que a nossa visita incidiu em conselhos aos pais relacionados com os cuidados ao RN, na observação dos mesmos e no esclarecimento de dúvidas.

Administrei leite por copo. Esta técnica é utilizada com frequência em RN pré-termo entre as 30 e as 32 semanas de gestação. Com idade inferior às 30 e 32 semanas a alimentação era feita por gavagem. Foi uma experiência muito gratificante pois contribuí para a promoção do aleitamento materno, uma vez que, na impossibilidade de se amamentar se deve dar o leite materno por copo, permitindo assim o desgaste mínimo de energia do recém-nascido estimulando os seus reflexos de sucção/deglutição, como condições prévias à sua adaptabilidade ao seio materno. “ *Hoje, como sempre, o leite materno é o melhor alimento para o RN e lactente. As suas virtudes são universalmente reconhecidas. A amamentação é um acto natural e fisiológico. A sua promoção continua a ser prioridade para os cuidados de saúde perinatais,... A decisão de amamentar é da inteira e soberana vontade da mãe; o sucesso do aleitamento materno depende dela, do recém-nascido e da intervenção segura e confiante de médicos e enfermeiras no acompanhamento e apoio à prática da amamentação*” (Secção de Neonatologia, 2004).

Foi-me facultada a visita ao cantinho da amamentação do HPH. O papel da EE e conselheira de amamentação é espantoso. Assisti a uma consulta a um casal com um RN de 3 dias. A mãe tinha dificuldades em amamentar o RN e imensas dúvidas. Levou-o à urgência e logo lhe ofereceram leite adaptado. Ela tinha decidido amamentar e tinha frequentado aulas de preparação para o parto durante a gestação estando mais do que motivada para o aleitamento materno. A enfermeira só nos permitiu observar. Verifiquei que primeiramente é importante perguntar como decorre a amamentação e observar a mamada. De seguida é importante

explicar e sugerir algumas dicas para ultrapassar as dificuldades. Nunca se deve assumir o comando da situação. O recurso a imagens e objectos também foi facilitador na assimilação da informação. A consulta foi um êxito. No fim, realizaram-se os registos.

Na UCIN reforcei a importância do papel parental, respeitei a privacidade do RN/família, prestando assim cuidados eficientes e respeitando as diferentes crenças e culturas. Também realizei diagnóstico precoce a dois RN; aspirei secreções com sistema de aspiração fechado; utilizei a linguagem CIPE no SAPE para documentar a assistência prestada em todos os turnos e também realizei a passagem de turno na UCIN. Realizei cuidados ao coto umbilical com água tépida e sabão neutro. Identifiquei possíveis necessidades de mudança no serviço, no sentido em que algumas colegas realizam desinfecção do coto com um toalhete alcoolizado. Questionei as minhas orientadoras acerca dessa prática e creio que se tornaram receptivas à mudança. Tentei, assim, promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, sendo que problematizei os contextos da prática em relação às perspectivas teóricas propostas durante a formação pós-graduada. Partilhei experiências, opiniões cientificamente fundamentadas com os profissionais de Enfermagem e restante equipa multidisciplinar.

Testemunhei que a equipa privilegia os estados de alerta do RN para proceder à sua manipulação, sendo esta mínima, princípio geral em Neonatologia. Os planos de cuidados tinham em atenção as necessidades do RN e não as rotinas do serviço. Confirmei que a posição ventral é excelente para os RN, proporcionando-lhes tranquilidade e estabilidade. E o seu posicionamento no ninho é, também, de relevante importância já que é idêntica à posição no ventre materno.

É frequente a alimentação parentérica dos RN na unidade. Segundo os Consensos de Neonatologia (2004), *“com a nutrição parentérica (PN) pretende providenciar-se ao RN os nutrientes necessários ..., assim como fornecer energia para os processos metabólicos, facilitando o crescimento e a maturação”*. Este tipo de alimentação está indicado em todas as situações em que não haja a possibilidade de se estabelecer uma alimentação entérica adequada. Pode ser administrada por via endovenosa periférica ou central. A decisão da via de administração depende de vários factores, como por exemplo a duração e o estado nutricional do RN.

Tive oportunidade de ter contacto com os modos ventilatórios mais utilizados na unidade: SIMV, CPAP e por vezes BIPAP. Sendo o CPAP o mais utilizado, foi aquele que melhor verifiquei o seu funcionamento e as intervenções de Enfermagem mais utilizadas para o otimizar, assumindo-se como a correcta colocação do barrete de suporte, a menor manipulação possível do RN, o alternar entre o uso de prongs e de máscara para prevenir a maceração da região nasal, o evitar realizar a aspiração de secreções pelo nariz e o estimular a sucção com chupeta para evitar perdas de pressão pelo orifício bucal.

Considereei relevante visualizar a colocação de cateteres umbilicais já que se torna mais clara a técnica quando observada e explicada no momento. Agradeço a disponibilidade e paciência da equipa médica neste sentido. Previamente, a pele ou o coto umbilical foram desinfectados “... porque ficam colonizados muito precocemente com bactérias de origem hospitalar para além de que podem estar colonizados com bactérias de origem materna... Após colocação de um CVC deve ser realizada radiografia para determinar a localização da extremidade distal” (Secção de Neonatologia, 2004). Só depois da confirmação é que se fixou o cateter e se iniciou a perfusão de fluídos. O cateter tem de ser introduzido nas primeiras 12 horas de vida e deve ser retirado logo que não seja necessário, devendo apenas permanecer até 5 dias. Foi minha preocupação manter o cateter umbilical em condições óptimas de assepsia e funcionamento, minimizando posteriores complicações.

“O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde. Por esta razão, a Direcção-Geral da Saúde institui a dor como 5.º sinal vital, determinando como norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas” (OE, 2008: Dor – Guia Orientador de Boa Prática). Neste serviço encontra-se implementado um protocolo para o alívio da dor no RN, consistindo na administração de sacarose a 24% quando se realizam procedimentos invasivos e não invasivos dolorosos. A sua efectividade está completamente demonstrada, tendo sido presenciada na minha prestação de cuidados ao RN. O controlo eficaz da dor é uma prática a que é dada especial atenção e que obriga à sua avaliação inicial, sua continuada reavaliação e consequentes intervenções terapêuticas. Adoptei continuamente esta prática. Relativamente à avaliação da intensidade da dor, a escala comportamental utilizada é a de Echelle Douleur et d’Inconfort du Nouveau- Né (EDIN). Por não ser frequente a sua utilização no meu serviço por receber crianças dos 2 aos 18 anos, motivou-me em pesquisar informação sobre as suas vantagens e correcta aplicação. Esta escala foi desenvolvida para avaliar a dor dos RN em UCIN e encontra-se validada para a população Portuguesa. Esta escala categoriza a intensidade da dor em 5 patamares que se situam entre a ausência de dor e a dor muito intensa, sendo “consensual a necessidade de tratamento farmacológico para uma intensidade de dor maior ou igual a cinco pontos” (Batalha et al, 2007).

Considero que estas experiências me permitiram desenvolver habilidades e competências cognitivas nos processos de assistência especializada ao RN/família.

No módulo III assisti 20 RN/família em contexto de Neonatologia e consideravelmente mais de 50 crianças/adolescentes/família no Serviço de Urgência Pediátrica, com idades compreendidas entre 1 mês e 17 anos.

O SU é a área do serviço de saúde mais sensível, complexa e ao mesmo tempo vulnerável. Facilmente se concebe, então, que num SU Pediátrico, essa vulnerabilidade esteja dilatada dado o, já de si frágil, estado de saúde do grupo que aqui recorre na procura de cuidados

(criança/adolescente/família) e as especificidades inerentes aos mesmos e às respectivas idades. O SU Pediátrico exige a excelência da capacidade individual e a colaboração articulada, num trabalho multidisciplinar permanente para a sua finalidade primária. O trabalho dos profissionais neste sector é cada vez mais sujeito a forte pressão, pois para além daquela que decorre da especificidade técnica, surge frequentemente a ameaça de responsabilidade civil e criminal por cada aparente omissão.

A área de actuação de um EE em SIP é tão variável quanto as necessidades de cuidados de Enfermagem de uma criança. Desde a medicina até à cirurgia, passando pela neurologia, a urgência ou emergência é uma das áreas de actuação de Enfermagem que impõe ao enfermeiro uma preparação para a actuação específica desse serviço, desde a actuação em situação de urgência ou emergência, à gestão do stress criado pela particularidade de cada situação.

O serviço de Urgência Pediátrica tem como finalidade prestar cuidados de saúde em tempo útil e de qualidade à criança/família que ali recorrem em situações de emergência ou urgência, garantindo o seu respeito, segurança e dignidade. Assim, o estágio no SU constituiu um momento precioso para o meu desenvolvimento formativo na área de especialização em SIP.

Ao longo do estágio prestei cuidados de excelência, em tempo útil, garantindo o respeito, a segurança e dignidade da criança/adolescente/família, utilizando de forma eficiente os recursos existentes. Participei como elemento activo na equipa, prestando cuidados de Enfermagem, maioritariamente a crianças que deram entrada no Serviço de Urgência com as seguintes situações clínicas: convulsão febril, desidratação grave, dificuldade respiratória, traumatismo, dor abdominal, hemorragia digestiva, otites, meningites, febre, vômitos, tosse, diarreia, infecções urinárias.

As intervenções de Enfermagem que executei neste local de estágio basearam-se em suporte teórico adquirido durante a minha formação e pela minha prática vivenciada num serviço de Pediatria sentindo que já tenho algumas competências adquiridas. Contudo contactei com diferentes estratégias de trabalho, dando-me certamente uma visão mais ampla sobre a dinâmica e organização dos cuidados prestados num serviço de Urgência Pediátrica. Observei e desempenhei intervenções autónomas e interdependentes e prestei cuidados de Enfermagem nos seguintes sectores do SU: triagem, OBS, sala de tratamentos e sala de pequena cirurgia.

O sistema de triagem utilizado neste SU é um sistema pioneiro em Portugal e inspira-se num modelo Canadano. Este sistema desenvolvido em 1995 – Sistema de Triagem CTAS – Canadian Triage and Acuity Scale – baseia-se em cinco níveis de triagem relacionados com o grau de severidade da doença e o tempo para ser observado pelo médico. Realizei triagem à criança/família, tendo assegurado um processo eficiente com apoio da tutora identificando de modo eficaz situações que não careciam de grande urgência. Deste modo, pude constatar que

é frequente recorrerem a este SU crianças que pela sua situação clínica poderiam ser atendidas eficazmente no CS e assim não aumentarem a lista de espera no serviço que, por vezes, é expressiva.

Após a triagem, a criança segue o percurso interno hospitalar, que compreende a chamada para um gabinete médico para ser observada, podendo posteriormente ser indispensável solicitar cooperação de outras especialidades médicas, como por exemplo, ortopedia, urologia, cirurgia pediátrica, otorrino e dermatologia. Se a criança necessitar permanecer em observação fica em OBS onde poderá permanecer no máximo 24h ou então será transferida para um serviço de internamento. As transferências internas realizam-se após contacto prévio com o serviço, se existirem vagas. Para transferências externas é contactado o hospital receptor e o serviço de transportes. Também prestei cuidados na sala de OBS, sendo semelhante ao serviço onde presto cuidados.

Planifiquei os cuidados de Enfermagem e efectuei adequadamente os RE promovendo deste modo a continuidade dos cuidados. Relativamente aos RE, o serviço não utiliza a linguagem classificada para a prática de Enfermagem, pelo que utilizei os documentos em vigor no serviço. Considero que estes registos não reflectem verdadeiramente o trabalho desenvolvido pela equipa de Enfermagem, não favorecendo uma comunicação, quer intra quer inter equipas. É pretensão dos serviços que integram a UAG-MC do HSJ instituir a linguagem classificada nos RE, encontrando-se neste momento em desenvolvimento.

Assumi espírito de iniciativa, fui acolhedora, simpática, disponível e assertiva. Estabeleci relação de ajuda e prestei cuidados humanizados e holísticos.

Realizei acções de educação para a saúde oportunas e adequadas às necessidades de cada criança/adolescente/família, de modo informal. É de crucial relevância assinalar que é na área da educação para a saúde que o enfermeiro possui a sua grande arma no sentido de demonstrar o seu verdadeiro papel na comunidade. Deste modo, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também educar, e educar para prevenir.

Empenhei-me em minimizar o impacto negativo do SU na criança e sua família. É a equipa de Enfermagem que possui a responsabilidade pelos cuidados imediatos à criança/adolescente em estado crítico, através da avaliação permanente, da vigilância, e da realização de procedimentos e técnicas que garantem a continuidade de um trabalho integrado com a equipa médica, garantindo simultaneamente o acolhimento e orientação da criança/adolescente/família.

Durante a minha permanência neste serviço, procurei intervir sempre que considere essencial ou identifiquei necessidades em cuidados de Enfermagem. Nesta ordem de ideias, parece-me oportuno referir aqui que tive sempre a preocupação de realizar um planeamento prévio das

minhas acções, implementando-as e avaliando-as periodicamente de modo a obter a qualidade do cuidar na procura pela excelência, contribuindo assim positivamente para a melhoria do estado da criança/adolescente atendendo às suas necessidades específicas e da família ou pessoa significativa. Prestei cuidados de Enfermagem competentes que envolveram a consciência do desenvolvimento infantil, da dinâmica familiar e práticas de comunicação, assim como o conhecimento de que a criança é um membro integral da família.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- ★ Promover a parentalidade em todos contextos.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Identifiquei as necessidades dos pais em conhecimentos e habilidades sobre o desempenho do papel parental;
- Apoiei os pais no desempenho do papel parental;
- Envolvi os pais nos cuidados ao RN, criança e adolescente, promovendo a vinculação, parceria de cuidados e Parentalidade;
- Incentivei o Método Canguru.

REFLEXÃO:

A criança é um ser com necessidades diferentes em cada estágio do seu desenvolvimento, que precisa de cuidados especiais adequados à sua individualidade e faixa etária, ela não é um “adulto em miniatura” como se pensava no início do séc. XX. Conceição Alegre considera que *“o apoio assistencial ao longo do ciclo vital impõe competências apropriadas a cada fase etária. As pessoas apresentam um conjunto de problemas que são específicos do estágio em que se encontram, exigindo intervenções diferenciadas”* (Alegre, 2006).

Para crescer e desenvolver-se adequadamente, a criança/adolescente tem necessidades específicas: necessidades físicas, afectivas, emocionais e de segurança. A resposta a cada uma destas necessidades terá de ser dada em função da fase do ciclo vital em que a criança/adolescente se encontra e também em função da sua individualidade, pelo que o Enfermeiro deverá adquirir competências específicas de ordem científica, técnica, relacional e sócio afectiva. A família não pode ser esquecida, uma vez que esta é central na vida da criança, por isso o enfermeiro deve ser capaz de observar a criança/adolescente inserida no contexto da família e da sociedade em que vive, adequar a informação e os cuidados à criança/família em questão e estimular o papel parental. Esta foi uma preocupação minha em

todos os contextos de estágio, promovendo, melhorando e/ou apoiando um funcionamento equilibrado da família.

O nascimento de uma criança e a sua inserção no seio familiar acarreta relevantes mudanças na estrutura familiar, impondo maturidade intelectual e psicológica dos pais. Tornarem-se pais exige uma transição para novos papéis e responsabilidades. É na prestação de cuidados à criança que os pais são competentes em estabelecer os vínculos da parentalidade necessários.

Segundo a CIPE (2005), parentalidade é *“assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”*.

Consciente que o conceito parentalidade se tem apresentado com uma relevância crescente, o enfermeiro possui um papel notável na sua promoção. Foi com cuidado que em todos os campos de estágio produzi ensinamentos conducentes ao aperfeiçoamento de competências, prestação de cuidados efectivos pelos pais, ou seja, preocupei-me em dotar os pais de conhecimentos e habilidades necessárias para um correcto desempenho e adaptação ao papel maternal/parental. Comportamentos parentais adequados pressupõem uma satisfação das necessidades básicas da criança, uma percepção realista da criança e uma harmonização com o desempenho do papel de pai/mãe.

Foi na UCIN que este foco da prática se revestiu de maior importância para mim e se tornou um grande desafio. Na unidade, o modelo orientador da prática de Enfermagem é o de Anne Casey em que a família é parceira nos cuidados a efectuar à criança, que neste campo se repercute ao RN. Assim, promovi a parceria nos cuidados ao RN com a família. Prestei os cuidados que os pais não desejam ou não podem realizar (Hutchfield, 1999). Accionei estratégias de relação e ajuda tendo comunicado de forma clara e objectiva e respondendo assertivamente às questões dos pais, sempre que solicitada. Os pais são as pessoas mais vocacionadas para prestar cuidados ao RN. Deste modo tornei-me progressivamente mais segura e autónoma, contribuindo para o efeito a confiança que depositaram em mim. Durante o estágio prestei cuidados ao RN/família atendendo ao impacto negativo que a hospitalização lhes causa, procurando sempre minimizá-lo. Apoiei e estimulei, na medida do possível, o papel parental pois é para mim de valor inabalável a sua importância.

Incentivei os pais a lucrarem com o uso do método Canguru permitindo uma crescente participação dos pais no cuidado ao RN. *“O Método Canguru é um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro que implica colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe ”* (OMS, 2004 cit por Lamy et al, 2005). Apresenta inúmeras vantagens, destacando a promoção do vínculo mãe-bebê, condição indispensável para a

qualidade de vida e sobrevivência do recém-nascido após a alta da unidade neonatal; o menor tempo de separação mãe/pai-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial; estímulo ao aleitamento materno, favorecendo maior competência e confiança aos pais no manuseio do seu filho, mesmo após a alta hospitalar. Deste modo, auxiliei mães e pais a praticarem o método correctamente, elucidando-os quanto às suas indicações e benefícios. Conservei, com satisfação, as descrições positivas que estes me citaram acerca do bem-estar que esta experiência lhes proporcionava, bem como aos seus filhos. Facilitei a presença efectiva dos pais e incentivei-os a participarem activamente nos cuidados. Privilegiei a educação para a saúde já que constatei alguma dificuldade nos cuidados, mas foi a receptividade aos ensinamentos que me motivou e me manteve empenhada.

Em todos os locais de estágio fomentei a promoção do aleitamento materno no desempenho do seu papel parental.

Foi nos cursos de Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade, no de Massagem do Bebê e Recuperação Pós-Parto e nas Consultas de SIJ do CS que as minhas intervenções face à promoção do papel parental foram ainda mais dilatadas. Estes são lugares singulares e privilegiados para a avaliação das necessidades parentais e apoio aos pais no desempenho do papel parental.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- ★ Promover o aleitamento materno.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Realizei ensinamentos aos pais sobre aleitamento materno;
- Observei / avaliei a mamada;
- Informei sobre a existência, incentivando a utilização do Cantinho da Amamentação;
- Incentivei o aleitamento materno;
- Participei na dinamização do Cantinho da Amamentação;
- Realizei poster alusivo aos benefícios do aleitamento materno no SU.

REFLEXÃO:

Em Portugal não existem estatísticas sobre a incidência e a prevalência do aleitamento materno. Vários estudos referem que no primeiro mês se regista um elevado índice de abandono de amamentação, pelo que é fundamental intervir nesta fase. É essencial que se continuem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno (Comité Português para a UNICEF, 2008).

Em todos os locais em que desenvolvi estágio tive oportunidade de informar mães relativamente às inúmeras vantagens da amamentação, sendo estas “...*múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida*” (Comité Português para a UNICEF, 2008). Quando decidem amamentar é de relevante importância fornecer alguns conselhos que promovam o sucesso da amamentação. Para que a amamentação tenha sucesso é necessária a conjugação de três elementos: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação.

No CS da Senhora da Hora, mais especificamente na USF, neste momento, não existe um cantinho de amamentação, existindo um lugar no corredor dos gabinetes médicos resguardado com um biombo. Como se deparam com um processo de reestruturação foi-nos referido que iriam ponderar o melhor local a situar-se. Contudo, foi no local actualmente existente onde pude intervir e aconselhar durante a amamentação. Observei determinados aspectos como o comportamento da mãe e do bebé, como a mãe segura no bebé e na mama, o estado das mamas, como termina a mamada, a satisfação do bebé, como se sente a mãe após amamentar, etc.. Fomentei a promoção do aleitamento materno no desempenho do papel parental, já que este consiste num momento de contacto íntimo entre mãe/filho, contribuindo para o desenvolvimento afectivo e emocional do bebé.

Também no SU tive oportunidade de promover o aleitamento materno. Após conversas com o enfermeiro chefe e as enfermeiras tutoras, realizamos um poster alusivo aos benefícios do aleitamento materno para colocar nos dois cantinhos de amamentação existentes (Anexo V) que apenas tinham um cadeirão e um biombo para proporcionar maior privacidade à mãe. Espero que seja facilitador na assimilação de informação pelas mães. Foi incitado a contactarem o profissional de saúde em caso de dúvida. Ainda não se encontra afixado devido a aguardar aprovação.

Na UCIN contribuí para a promoção do aleitamento materno, uma vez que, na impossibilidade de amamentar o RN dei leite materno por copo, permitindo assim o desgaste mínimo de energia do RN e estimulando os seus reflexos de sucção/deglutição, como condições prévias à sua adaptabilidade ao seio materno.

Referencio, por último, que mantive uma atitude no aconselhamento que considero correcta, apoiando a mãe na sua decisão de amamentar ou não amamentar, sem qualquer juízo de valor.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- ★ Desenvolver Acções de Educação para a Saúde no contexto da saúde escolar com vista a promover estilos de vida saudáveis a crianças/jovens.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Identifiquei temas a serem analisados e aprofundados no âmbito da Educação para a Saúde e Prevenção da Doença;
- Realizei Acção de Educação para a Saúde subordinada ao tema “Sexualidade Saudável”;
- Realizei Acção de Educação para a Saúde subordinada ao tema “Para Uma Vida Sem Fumo”.
- Utilizei panfletos como meio informativo;
- Realizei pesquisa bibliográfica de modo sistemático.

REFLEXÃO:

A definição de saúde mais difundida é a encontrada no preâmbulo da Constituição da OMS, sendo um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”. Dentro desta perspectiva, a Educação para a Saúde deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e colectiva.

“A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construírem um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa” (Protocolo entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, 2006).

No âmbito da Saúde Escolar, foi-nos proposto pelas EE Alexandra e Graça (responsáveis pelo Programa de Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade – UCC – da Senhora da Hora) o desenvolvimento de uma Acção de Educação para a Saúde subordinada ao tema Sexualidade, a alunos do ensino secundário (12ºano).

A Direcção Geral de Saúde (DGS) define como princípios do Programa de Saúde Escolar a melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, desenvolvendo actividades que assentem na vigilância e protecção de saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção de saúde.

Este tema foi proposto pelo Agrupamento de Escolas da Senhora da Hora nº2. Primeiramente realizámos uma intensiva pesquisa bibliográfica do tema no sentido de possuímos conhecimentos fundamentados, atendendo às evidências científicas. De seguida, concretizámos um planeamento da acção de educação para a saúde (Anexo VI). Decidimos

realizar um questionário inicial para obtermos um diagnóstico de situação com o intuito de identificarmos os principais factores de risco, conhecimentos e comportamentos associados à sexualidade na adolescência. Este foi entregue pelo professor na sala de aula e a sua resposta foi de modo voluntário e anónimo. Após obtermos os questionários e trabalharmos os dados orientámos o nosso trabalho para respondermos às dúvidas/questões mais encontradas. A Acção de Educação para a Saúde “Sexualidade Saudável” foi apresentada a sete turmas durante o seu horário lectivo. O nosso trabalho em grupo foi extremamente positivo. Fomos bem recebidas quer pelas professoras, quer pelos alunos. Foi efectuada a apresentação em computador/projector com uma linguagem adequada a cada uma das turmas. No início da apresentação, visualizavam um filme desenvolvido por nós, baseado na Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos, para os motivarmos e “lançarmos” o tema. Na acção apresentada ao 12ºano da área de Ciências, os alunos encontravam-se especialmente motivados, porque no âmbito da disciplina de Biologia tinham abordado o tema aparelho reprodutor masculino e feminino, aproveitando para tirar dúvidas sobre os temas apresentados. Fizemos a demonstração de colocação correcta do preservativo. O feedback foi muito positivo. No final de cada sessão, realizámos a actividade “Mito ou Realidade” questionando os adolescentes sobre os temas da sexualidade apresentados. De forma a proceder à avaliação da acção de formação, aplicámos um questionário semelhante ao inicial com o objectivo de compreender se a informação foi assimilada. Gratificante, foi o facto de grande parte dos alunos e de todos os professores terem proferido que foram temas pertinentes, que os ensinamentos estavam bem elaborados e bastante apelativos. No fim, os alunos receberam material de apoio (panfleto sobre recursos da comunidade) e demonstrámos toda a disponibilidade para serem recebidos no CS. Por último realizámos uma avaliação da acção (Anexo VII).

Consciente que a prevenção está entre as principais medidas de controlo do tabagismo e das suas consequências, elaborou-se uma acção de educação para a saúde subordinada ao tema “Para uma Vida Sem Fumo”, proposta pela nossa orientadora. Foi apresentada no Dia do Não Fumador na Junta de Freguesia de Guifões a quatro turmas do ensino básico com o objectivo de sensibilizar e estimular as crianças para uma atitude pro-activa e responsável, para adoptarem estilos de vida saudáveis que contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida. O planeamento da sessão (Anexo VIII) permitiu a estruturação da acção de formação que desenvolvemos e foi de extrema importância para a concretização dos objectivos traçados. O balanço da sessão revelou-se muito positivo e encontra-se apresentado na avaliação da acção de educação para a saúde que executamos (Anexo IX).

A saúde escolar é sem dúvida uma área aliciante, muito abrangente e com um elevado potencial ao nível da manutenção e promoção da saúde. Neste contexto, a escola é um palco excelente para promover a mudança e adopção de comportamentos saudáveis. As EE desempenham um papel fundamental na dinamização e implementação das diversas actividades. Ao longo deste estágio pude conhecer, participar e reflectir sobre as actividades

realizadas. Pude também verificar as dificuldades com que as enfermeiras que trabalham na saúde escolar se deparam. É uma área extremamente cansativa porque o tempo disponível é escasso. Porém assiste-se a uma aposta crescente nos CSP e penso que áreas tão importantes como esta serão cada vez mais valorizadas.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- ★ Aprofundar conhecimentos da Linguagem Classificada CIPE e sistemas de documentação.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Utilizei a linguagem CIPE no SAPE, para documentar a assistência de Enfermagem realizada;
- Realizei pesquisa bibliográfica sobre a linguagem CIPE e a sua aplicação informática no SAPE.

REFLEXÃO:

Foi na UCIN e no CS que tive a possibilidade de contactar com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), registada na aplicação informática SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), tendo-se constituído como mais um desafio neste contexto de cuidados.

“A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), um programa do ICN, (...) informa a prática e as políticas de cuidados de saúde para melhorar os cuidados prestados aos doentes em todo o mundo. Como tal, é um instrumento que facilita a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática. A CIPE facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes. Os dados e informação de Enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas” (OE, 2009 - Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE).

Necessitei mobilizar conhecimentos adquiridos durante a minha formação e realizar pesquisa bibliográfica intensiva sobre a linguagem CIPE e a sua aplicação informática, no sentido de documentar adequadamente a assistência de Enfermagem realizada. Esta experiência em estágio permitiu-me, seguramente, conquistar prática/destreza no sistema, dando-me uma perspectiva mais realista e verdadeira das suas vantagens e limitações.

A aplicação informática SAPE respeita as diferentes etapas do processo de Enfermagem, mantendo-se assim preservada a utilização de metodologia científica na prestação de cuidados à criança e sua família.

No primeiro contacto com o RN/criança/família, em todos os contextos, realizei a Avaliação Inicial no SAPE a partir da colheita de dados com a criança e família, não sendo esta completa num primeiro momento, estando em constante actualização. Posteriormente, elaborei o plano de cuidados identificando os Focos da Prática de Enfermagem e Diagnósticos de Enfermagem e suas Intervenções de Enfermagem associadas. De seguida, após executar as intervenções, realizei os registos das mesmas, assinalando-as no sistema informático.

No CS, por exemplo, os registos sempre completos e pertinentes no SAPE da criança/família permitiam-nos conhecer antes da consulta os dados mais relevantes a abordar, as dificuldades mais sentidas pela família, situações de alarme anteriormente detectadas (por ex: criança com atraso de desenvolvimento que apenas vivia com a mãe e tinham sido vítimas de maus tratos pelo pai), no sentido de uma consulta de maior proximidade.

As minhas tutoras foram indispensáveis neste processo de aprendizagem já que não utilizo a linguagem CIPE no SAPE no meu serviço, por ainda não se encontrar implementado, tendo reflectido deveras sobre este tema e reconhecido amplamente os seus vastos benefícios, como por exemplo: reflectir os cuidados de Enfermagem prestados ao RN/criança/família; planear os cuidados a prestar; servir de elo de ligação, meio de comunicação, quer intra quer inter equipas; facilitar os registos por parte dos profissionais de Enfermagem e avaliar adequadamente os ganhos em saúde.

Foi ao documentar os cuidados de Enfermagem prestados à criança e sua família, utilizando a CIPE, que melhorei a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde ao fornecer dados sistemáticos, comparáveis, tendo-se traduzido numa experiência bastante positiva e produtiva.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- ★ Conhecer instituições/recursos de atendimento à criança / jovem: Casa do Caminho, Aldeia SOS e CAJ.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Conheci a instituição Casa do Caminho como recurso da comunidade na área da Emergência Infantil;
- Conheci a instituição Aldeia SOS como recurso da comunidade de grande pertinência no apoio a crianças órfãs, abandonadas ou pertencentes a famílias de risco;

- Conheci o Centro de Atendimento a Jovens (CAJ) como recurso da comunidade de grande pertinência no apoio a jovens.

REFLEXÃO:

A Associação A Casa do Caminho constituiu-se como a Primeira Unidade de Emergência Infantil do Norte. É uma instituição particular de solidariedade social que funciona 24 horas por dia durante todo o ano, para acolher crianças em perigo, vítimas de maus tratos, negligência ou quaisquer outras formas de violação do seu desenvolvimento ou dos seus direitos, onde se procuraram criar condições que permitam o acolhimento integral e harmonioso de cada criança até à concretização do seu projecto de vida.

A visita à Casa do Caminho foi realizada no dia 13/10/2010 no sentido de cumprir um objectivo e cooperar com a EE no cumprimento do PNV das crianças institucionalizadas para que estas não tenham de se deslocarem ao CS. Durante a visita foi possível observar a dedicação, o cuidado e o carinho transmitidos àquelas crianças, proporcionando-lhes um ambiente de harmonia e tranquilidade que com certeza irá suavizar o sofrimento pelo qual muitas passaram. Possuem qualidade nas instalações e uma excelente organização do trabalho. Apenas tenho a salientar um factor negativo que é a não existência de um enfermeiro diariamente, mas pela falta de verbas e de voluntários, tal não é possível. A presença de alunos de Enfermagem e a visita da EE colmata nalguns aspectos essa questão como por ex: na vacinação e na realização de ensinamentos às funcionárias da instituição sobre cuidados a prestar às crianças, aos quais tivemos oportunidade de assistir e responder a questões que nos dirigiram.

O CAJ de São Mamede é um centro criado em parceria com a ULS e encontra-se instalado na Casa da Juventude de Matosinhos. Este dispõe de uma equipa multidisciplinar especializada (médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social), funcionando às quartas-feiras, das 16h00 às 19h00. É um espaço anónimo, gratuito e confidencial, criado com o objectivo de ouvir e esclarecer os jovens (10 aos 24 anos) sobre dúvidas que os preocupam na área do planeamento familiar, educação e promoção da saúde. Com este serviço é possível canalizar a participação dos diferentes recursos da comunidade na promoção da saúde dos adolescentes e ainda de facilitar aos jovens o acesso aos cuidados de saúde.

A visita ao CAJ relevou-se uma mais-valia, já que não conhecia a sua existência, tendo verificado claramente os seus objectivos e vantagens. O enfermeiro Pedro desenvolve um trabalho fantástico nesta área da sexualidade e promoção da saúde. Tal incitou-me a uma pesquisa relativamente à dinâmica dos CAJ. Pude assim produzir um discurso fundamentado relativamente ao CAJ quando abordei a sua existência e vantagens na acção de educação para a saúde “Sexualidade Saudável”.

A Aldeia de Crianças SOS em Gulpilhares tem como objectivo o acolhimento de crianças órfãs, abandonadas ou pertencentes a famílias de risco que não podem cuidar delas. Oferecem-lhes amor e um lar, numa família, para que se sintam acarinhadas, apoiadas e protegidas, dando-lhes a oportunidade de construir laços familiares duradouros, obter uma formação sólida e desenvolver-se de forma saudável até à sua plena autonomia e integração na sociedade.

A visita à Aldeia de Crianças SOS de Gulpilhares desenvolveu-se no dia 28/12/2010 com o objectivo de conhecer este recurso da comunidade de grande pertinência no apoio a crianças órfãs, abandonadas ou pertencentes a famílias de risco. Revelou-se uma mais-valia já que considero esta instituição de excelência no campo da assistência a estas crianças. Percebi de modo adequado a sua dinâmica tendo para isso contribuído o admirável acolhimento e demonstração pela psicóloga da instituição.

É função do EE ser um profissional perito num determinado campo e com uma função multifacetada, sendo crucial o conhecimento de mecanismos de articulação entre os serviços de saúde e as instituições de apoio e/ou suporte social de uma determinada área geográfica.

Considero, deste modo, que me valorizou conhecer estas organizações que beneficiam as crianças desprotegidas da sociedade, tendo reflectido nas duas máximas de Hermann Gmeiner (fundador das Aldeias de Crianças SOS): “Pedir pouco a muita gente” e “Se cada um fizer um pouquinho mais do que é obrigado, o mundo será muito melhor”.

COMPETÊNCIA DESENVOLVIDA:

11. Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- ★ Reflectir criticamente sobre os focos da prática mais frequentes e sensíveis a intervenções de Enfermagem.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Colhi dados relativamente aos focos sensíveis a intervenções de Enfermagem mais comuns e pertinentes em todos os contextos;
- Realizei pesquisa bibliográfica sobre a linguagem CIPE.

REFLEXÃO:

Desde o início do séc. XX, devido ao emergir da afirmação social da profissão de Enfermagem, que se tem desenvolvido um esforço na tentativa de isolar os aspectos específicos da Enfermagem. Existe uma necessidade de universalizar e uniformizar a linguagem de Enfermagem, de forma a evidenciar a sua prática. Assim, torna-se imperioso descrever de forma classificada os fenómenos dos clientes que preocupam os enfermeiros, as intervenções específicas de Enfermagem e os respectivos resultados para os clientes (ICN, 2005).

Durante este caminho, preocupei-me em realizar colheita de dados relativamente aos focos sensíveis a intervenções de Enfermagem mais comuns e pertinentes em todos os contextos. Foi uma pesquisa intensiva, pormenorizada e muito reflectida, apresentando inicialmente dúvidas por, como já referi anteriormente, não contactar diariamente com esta terminologia (pelo que urge começar o quanto antes com a sua utilização no serviço onde presto funções e assim possa ser assumida como uma ferramenta efectiva de trabalho).

No Módulo I, os Focos da Prática de Enfermagem mais frequentes foram: Desenvolvimento Infantil, Adesão à Vacinação, Precaução de Segurança, Papel Parental, Adesão ao regime terapêutico, Visão, Audição, Posição Corporal, Auto-cuidado: higiene, Auto-cuidado: actividade recreativa, Alimentar-se, Eritema da fralda, Vinculação e Mamar.

Na UCIN, os Focos mais presentes foram: Função (atitudes diagnósticas) Pele (manutenção das condições da pele) Ferida (ferida umbilical) Ingestão Nutricional, Conforto, Flatulência, Amamentar (oportunidade de amamentar), Mamar, Maceração, Vômito, Limpeza das vias aéreas, Arritmia, Úlcera de Pressão (risco de úlcera de pressão), Papel Parental, Eritema, Cólica, Convulsão, Dor, Febre, Hipotermia, Risco de Hemorragia, Hipoglicemia e Risco de Infecção.

No SU os Focos da Prática de Enfermagem mais prevalentes foram: Febre, Dor, Cólica, Convulsão, Desidratação, Diarreia, Dispneia, Risco Infecção, Risco Hemorragia, Ferida Traumática, Ferida Cirúrgica, Limpeza das vias aéreas, Mamar e Stress do Prestador de Cuidados.

Analisei de modo sistemático e contínuo os focos da prática de Enfermagem e também as respectivas intervenções no sentido de assumir um espírito reflexivo e consequentemente melhorar a minha prática.

COMPETÊNCIA DESENVOLVIDA:

16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- ★ Aprofundar competências no processo de comunicação com a criança e sua família.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Demonstrei competências no domínio da comunicação com a criança e família;
- Utilizei estratégias comunicacionais;
- Utilizei linguagem adequada aos diferentes níveis de desenvolvimento das crianças.

REFLEXÃO:

A comunicação com a criança/adolescente/família foi sempre um assunto delicado e de grande preocupação e motivação durante este meu caminho. Como fio condutor e alvo de peculiar atenção selecionei para todos os campos de estágio a temática comunicação. O tema emergiu do interesse nesta área, no âmbito da pediatria.

Comunicação é, segundo a CIPE, *“um comportamento interactivo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não verbais, face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”*.

Na Pediatria a comunicação é um elemento básico na prestação de cuidados e é uma grande aposta. O enfermeiro deve possuir desenvolvidas habilidades de comunicação. A minha atenção foi centrada no nível cognitivo da criança, na sua compreensão e fui adequando a comunicação com a criança, em conteúdo e complexidade, ao seu desenvolvimento cognitivo. Nem sempre crianças da mesma idade apresentam o mesmo desenvolvimento cognitivo e, por vezes, este é directamente proporcional ao contexto sociofamiliar em que estão inseridas.

O jogo, o desenho, a brincadeira, o uso terapêutico do humor, foram estratégias de comunicação frequentemente utilizadas e que me auxiliaram na realização de uma adequada consulta e na promoção de um favorável relacionamento terapêutico, prestando assim cuidados de Enfermagem de qualidade. Também, procurei na minha comunicação com a criança/família estabelecer empatia nas interações, respeitar os silêncios, estar atenta à comunicação não verbal, apoiar de modo verbal e não verbal em situações de stress, utilizar adequadamente o toque, desenvolver escuta activa, utilizar uma linguagem familiar e validar a sua compreensão.

Comuniquei de modo seguro, claro e eficaz, essencial para transmitir confiança aos pais, o que constituiu uma mais-valia e um orgulho para mim. Mostrei sempre disponibilidade para responder às questões. A utilização frequente da técnica motivação e encorajamento promoveu

sentimentos de segurança e autoconfiança essenciais para o bom exercício da função parental, um dos objectivos do Programa-tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2005).

É essencial estabelecermos uma comunicação eficaz e assim obter da criança / família o consentimento para as nossas intervenções de uma forma mais calma e tranquila. Nunca esquecer: é importante explicar de forma adequada os procedimentos a realizar. Penso que, pela minha experiência profissional, me senti mais confiante na minha abordagem e na minha relação de ajuda com a criança/adolescente/família.

No SU vivenciei várias situações de ansiedade dos pais. Para estes pais, e quando recorrem à Urgência, a doença é na maioria das vezes um evento súbito, tantas vezes inexplicável, e mesmo que o seja, é muito difícil para eles, compreendê-lo e aceitá-lo. Eles experimentam para além de sentimentos como desolação, tristeza e culpa, uma grande ansiedade, tensão e medo. Ansiedade pelo que os rodeia, pelo que rodeia o seu filho, pelo equipamento, pelos profissionais. Tensão por não saberem como lidar com esta experiência ameaçadora. Medo de perderem o seu filho, medo pela possibilidade deste experimentar dor ou desconforto, medo de possíveis sequelas. Assumo que o meu verdadeiro papel e grande desafio neste serviço prendeu-se com a gestão da ansiedade, conflitos. Foi importante assumir uma postura correcta na gestão ansiedade/conflitos e dirigir a minha intervenção à compreensão da natureza do sofrimento dos pais e à consciência de que há maneiras peculiares com que cada um lida com as diferentes situações, apoiando-os, escutando-os e estabelecendo com eles uma relação empática, uma relação de ajuda. Permitiu-me aprofundar a minha competência relacional, de comunicação.

Considero ter demonstrado competências aprofundadas, especializadas no domínio da comunicação com a criança e família. Tenho, deste modo, plena consciência que atingi os objectivos a que me propus e as competências respectivas.

3.2 DOMÍNIO DA GESTÃO DE CUIDADOS

O EE em SIP actua na gestão de cuidados directos e recursos humanos, beneficiando de um papel crucial como agente de mudança. Não existe exclusivamente para ajudar o chefe, sendo contudo seu colaborador.

No domínio da Gestão de Cuidados o EE gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas; e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados (Regulamento das Competências Comuns do EE – OE, 2010).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS:

18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP. 23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP. 24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP. 26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP. 29. Colaborar na integração de novos profissionais.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- ★ Reflectir criticamente sobre o papel do EE em Enfermagem de SIP;
- ★ Conhecer a prática de gestão de Enfermagem nos diferentes serviços;
- ★ Participar na integração de novos profissionais.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Acompanhei e colaborei com a enfermeira tutora e especialista em SIP, em todas as actividades desenvolvidas;
- Realizei entrevista informal à enfermeira responsável do serviço relativamente à prática de gestão de Enfermagem do serviço;
- Observei a dinâmica das actividades desenvolvidas na área da gestão dos cuidados de Enfermagem, recursos humanos e materiais;
- Observei e participei na integração de novos elementos na equipa de Enfermagem;
- Reflecti com a Enfermeira Especialista sobre procedimentos e intervenções realizadas.

REFLEXÃO:

Segundo o Estatuto da Ordem Dos Enfermeiros, conforme consta no nº3 do artigo 7º “O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade,...”.

No que concerne ao EE em Enfermagem de SIP, este “...utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados...” trabalhando “... em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa,...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (OE – Competências Específicas do EE em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, 2010).

Certamente que reflectir criticamente sobre o papel do EE em Enfermagem de SIP foi o maior objectivo que abracei. Já que, após este longo caminho percorrido, me encontro cada vez mais próximo de alcançar este nível de graduação, planeio continuar a batalhar por cuidados de Enfermagem de excelência ao RN, criança, adolescente e família, espelhando o progresso da minha profissão, traduzida por ganhos em saúde. As actividades para o desenvolver foram, então, realizadas a cada dia.

Assim, ao longo do estágio, analisei de forma crítica e reflexiva o papel do EE em SIP, observando directamente os cuidados prestados ao RN/criança/família e através de conversas informais com as enfermeiras tutoras. Também acompanhei e colaborei nos seus projectos que tanto interesse me despertaram. Elas assumem uma prestação de cuidados diferenciados, com um quadro teórico consistente e a comunicação com a equipa e a família é realizada de forma mais personalizada e com bases científicas. Considero, também, que o EE assumia a função de formador e consultor da equipa em matérias referentes à sua especialidade.

Os EE em SIP permanecem no SU 24 horas por dia convivendo diariamente com a criança/adolescente/família, com profundos desequilíbrios, necessitando de cuidados urgentes. Estes devem observar, valorizar e intervir adequadamente em tempo oportuno, para nas diferentes situações de urgência e emergência, identificar as prioridades.

Gerir um serviço é organizar eficazmente todos os recursos disponíveis. Ao longo do meu período de estágio observei e reflecti acerca da actuação dos enfermeiros chefes/especialistas. Verifiquei que ostentam determinadas competências como planificar a distribuição dos cuidados pelos membros da equipa, segundo as competências de cada um. Tenho plena consciência que não é fácil pois gerir recursos humanos exige a valorização pessoal de cada enfermeiro nas suas componentes técnicas e humanas. Também motivam a equipa de Enfermagem para uma sempre contínua melhoria dos cuidados, integram os novos elementos numa conduta adequada ao óptimo funcionamento da equipa e mantêm um diálogo harmonioso com todos os membros da equipa. Ao acompanhá-los, colaborei na gestão de recursos humanos e de materiais e zelei pelos cuidados prestados na área de EESIP. Relativamente à supervisão do exercício profissional na área de EESIP, tive a oportunidade de observar e participar na integração de novos elementos na equipa de Enfermagem no serviço de Neonatologia (Supervisão de pares) e, ainda, a alunos do 4º ano de Licenciatura em Enfermagem em todos os contextos (Supervisão de alunos).

Pessoalmente para além da aquisição de conhecimentos, que foram muitos, desde o início deste curso de especialização, sinto que evoluí enquanto enfermeira estando mais apta para prestar cuidados de melhor qualidade, o que me permite interpretar que o EE tem mais recursos individuais, favorecedores de um melhor desempenho.

Considero o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria fundamental numa equipa, podendo produzir ganhos em saúde da população que cuida, tendo este o dever de

possuir conhecimentos especializados acerca das suas necessidades específicas e consequentemente zelar e resguardar os seus direitos.

3.3 DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

Num mundo em permanente mudança considero que o processo de formação deve ser intrínseco a cada enfermeiro possibilitando-lhe desenvolver a habilidade de pôr em causa a sua forma de estar perante o outro e o mundo que o rodeia.

Para Tavares (1996) não basta saber muito, deve-se conhecer em profundidade os assuntos, saber transformar esses saberes em relação, em saberes pedagógicos, saber fazer, saber ser e saber estar. Não se trata pois, de um aumento quantitativo de conhecimentos, mas de uma transformação estrutural da inteligência da pessoa.

A formação deve, nesta lógica de pensamento, assegurar ao EE em SIP uma alta aptidão na assistência de Enfermagem ao RN, criança, adolescente e sua família; sendo da sua competência desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE – Regulamento das Competências Comuns do EE, 2010).

Neste sentido, investi em auto formação e na formação ao grupo de pares, permitindo-me uma ampla aprendizagem para melhor cuidar o utente pediátrico.

COMPETÊNCIA DESENVOLVIDA:

4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

OBJECTIVO ESPECÍFICO:

- ★ Aprofundar conhecimentos nos processos de assistência ao RN/ criança / família nos diferentes contextos de estágio.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Consultei manuais de procedimentos existentes nos serviços;
- Realizei pesquisa bibliográfica de modo sistemático em fontes fidedignas;

- Participei no 1º Encontro da AESIP (Associação de Enfermeiros de Saúde Infantil e Pediátrica) no sentido de aprofundar conhecimentos na área da especialização em SIP;
- Aprofundei conhecimentos na assistência ao RN / criança / adolescente e família;
- Aprofundei conhecimentos relativamente à terapêutica farmacológica mais utilizada em Neonatologia, sua preparação e administração;
- Realizei estágio de observação no serviço de Pediatria Cirúrgica do HSJ para compreender / analisar criticamente o papel do EE em SIP em contexto cirúrgico;
- Realizei estágio de observação na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do HSJ para compreender / analisar criticamente o papel do EE em SIP.

REFLEXÃO:

Durante este meu caminho, foi-me proporcionado concretizar outras experiências, favorecedoras da aquisição de saberes conducentes ao exercício profissional diferenciado. Acredito que no contacto com realidades e profissionais diferentes, se obtêm ganhos a vários níveis, se enriquece pessoalmente e neste caso particular, também profissionalmente.

Com intuito de atingir este objectivo e desenvolver competências, cumpri as actividades que anteriormente mencionei. A perspectiva de ser agente da minha própria formação, não só promove em mim o desenvolvimento dum pensamento crítico e reflexivo, mas também incita a atitudes humanistas que conduzem à descoberta das minhas próprias necessidades de aprendizagem (Neves, 1996).

Participei no 1º Encontro da AESIP, organizado pela Associação de Enfermeiros de Saúde Infantil e Pediátrica. Este decorreu no Auditório Dr. António Macedo em Valongo, nos dias 4 e 5 de Junho de 2010, onde existiu fundamentalmente a partilha de conhecimentos, práticas e experiências no âmbito da Enfermagem Pediátrica. Foi por iniciativa própria no sentido de favorecer a aquisição de saberes e experiências conducentes a uma prática especializada. Também incentivei a que as colegas do serviço participassem no encontro. O que mais me despertou curiosidade e atenção foi o projecto de Enfermagem para a Parentalidade “BEM-ME-QUER” desenvolvido pela EE Alexandra do CS da Senhora da Hora, que posteriormente comprovei aquando da realização do estágio nesta unidade.

Foi no serviço de Neonatologia, que assumi logo no início do estágio, que teria de possuir sólidos conhecimentos na assistência ao RN/família nomeadamente acerca da farmacologia mais utilizada no serviço. Após consultar o manual de terapêutica do serviço, acabei por não sentir grande dificuldade nesta actividade já que a terapêutica é semelhante à administrada no meu serviço. Mas tive o cuidado de analisar este documento. Realço aqui que não conhecia o uso da eritromicina em RN com intolerância alimentar já que promove a sua motilidade gastrointestinal (droga procinética) e também o uso do citrato de cafeína em RN prematuros, para tratamento da apneia primária. Verifiquei, também, que a administração da sacarose no

serviço de neonatologia é uma prática assumida em todas as actividades que causam dor ao RN, tal como já referi, pois *“A solução de sacarose apresenta eficácia no alívio da dor para procedimento doloroso de punção, capilar ou venosa, em neonatos saudáveis a termo ou pré-termo. Há um consenso entre os achados dos estudos de que a solução seja administrada oralmente, 2 minutos antes do procedimento doloroso, na parte anterior da língua do neonato”* (Gaspardo e Linhares e Martinez, 2005).

Realizei estágio de observação no serviço de Pediatria Cirúrgica do HSJ para compreender / analisar criticamente o papel do EE em SIP em contexto cirúrgico.

O Serviço de Pediatria Cirúrgica encontra-se inserido na instituição de referência do norte (HSJ) de crianças com patologia do foro cirúrgico. Presta assistência diferenciada ao proporcionar tratamentos pré, peri e pós-operatórios ou continuidade de cuidados a diversas patologias cirúrgicas, incluindo queimaduras e traumatismos, a RN/crianças/adolescentes desde o nascimento até aos 18 anos.

As crianças dão entrada no serviço através do SU, Consulta Externa, UCIP, Pediatria Médica e domicílio (quando convocadas). Este serviço encontra-se, actualmente, situado no piso 01, em frente ao serviço de Medicina Física e Reabilitação e é composto por duas áreas distintas de atendimento e assistência à criança/família: o internamento, que funciona 24 horas por dia e o Bloco Operatório (BO), que tem actividade diária durante o período da manhã e duas vezes por semana durante o período da tarde (Segunda e Quarta-feira).

Tive oportunidade de acompanhar e colaborar com as EE em SIP Ana Vinhal e Ana Luísa, durante cinco turnos no período da manhã, no período compreendido entre 13/12 a 23/12/2010 o que me permitiu uma visão relativamente aprofundada, do papel do EE neste contexto de trabalho. Acompanhei a Enf^a Ana Luísa na prestação de cuidados e a Enf^a Ana Vinhal na gestão de cuidados, recursos humanos e materiais.

Conheci a estrutura física e dinâmica do serviço e os cuidados à criança e família neste contexto. A possibilidade de observar o funcionamento do BO durante a realização de cirurgias e Sala de Recobro proporcionou-me um aumento de conhecimentos na área cirúrgica. Tive especial cuidado em compreender a dinâmica da equipa de Enfermagem nas suas intervenções.

Huerta (1996) refere que sempre que uma criança não é preparada para um procedimento cirúrgico, ela poderá desenvolver sintomas psico-emocionais pós-cirúrgicos associados à cirurgia/hospitalização. Preocupei-me em realizar adequado acolhimento à criança/família e como estratégia / intervenção de Enfermagem de grande relevância, verifiquei e utilizei o desenho na explicação de forma simplificada à criança do procedimento cirúrgico a realizar, para uma melhor compreensão e integração. Também utilizei um manual existente no serviço com imagens esclarecedoras da situação a vivenciar, para o mesmo efeito.

Considero crucial a prática da criatividade para diminuir a ansiedade das crianças no pré-operatório de uma cirurgia programada.

O desenho é uma arte. Ao trabalhar com as modalidades expressivas como o desenho, a pintura, a modelagem, a dramatização entre outras, gera-se um processo de elaboração do real. Todas as crianças hospitalizadas, sobretudo as que vão ser submetidas a uma cirurgia, têm a necessidade de se expressar, de criar, de estabelecer relações com o mundo. O uso de “arte terapia” favorece a criança nestes aspectos: afasta-a do desagradável, da dor, da ansiedade, da monotonia, favorecendo a exteriorização de impulsos agressivos, medos e temores. A “arte terapia” leva a criança a aceitar com mais naturalidade as situações indesejáveis (Valladares, 2004).

Conquistei, também, competências na prestação de cuidados de Enfermagem à criança/adolescente com queimaduras e sua família. Nesta orientação de pensamento parece-me oportuno referenciar que pesquisei bibliograficamente este tema, colaborei nos tratamentos a feridas/queimaduras, monitorizei e promovi a gestão da dor, ofereci apoio psicológico e emocional à criança e família, realizei ensinamentos à criança e família sobre a prevenção de acidentes e preparei antecipadamente o regresso a casa com o objectivo de garantir a continuidade de cuidados e capacitar os pais no desenvolvimento do papel parental.

É um factor a realçar, o bom relacionamento entre a Enfermeira Ana Vinhal com a equipa de Enfermagem e todos os outros elementos da equipa (médicos, auxiliares e administrativos) cujo grande benefício é a coesão e eficácia da equipa. Permitiu-me reflectir sobre o perfil adequado e a correcta postura de um EE. Constatei, também, tendo reflectido sobre a importância do estabelecimento de relações de confiança com as crianças e sua família e a habilidade da EE ao se tornar conselheira e agente promotor de saúde.

Verifiquei que no serviço de Cirurgia Pediátrica os focos da prática de Enfermagem mais presentes foram: dor e ferida cirúrgica.

O dia de observação na UCIP do HSJ decorreu além das horas de contacto do módulo de estágio, com a orientação da EE em SIP do serviço. De modo sucinto observei a dinâmica do serviço, realizei entrevista informal com a EE que me esclareceu quanto à gestão de cuidados e de material. Tem vindo a desenvolver um trabalho notório na organização do serviço, que se mudou recentemente para estas instalações. Verifiquei, analisando criticamente, as suas capacidades e responsabilidades acrescidas para permitir a prestação de cuidados de excelência em tempo útil, mas mantendo sempre a disponibilidade e dedicação para a equipa, as crianças e família. Assisti também a uma pequena formação acerca da diálise peritoneal de modo automático, já que se encontrava um lactente de 3 meses no serviço a realizar diálise peritoneal manual. Os colegas foram extremamente receptivos à minha presença e mostraram disponibilidade em esclarecer todas as dúvidas existentes. Era um tema que já tinha

aprofundado nas aulas deste curso de especialidade, contudo a sua aplicação na prática tornou-se para mim mais esclarecedora.

Assim, durante o estágio, tentei acima de tudo pautar o meu trabalho por pilares fundamentais da profissão: Competência, Responsabilidade, Assiduidade e Pontualidade, procurando dar o melhor de mim, tendo como meta principal a aprendizagem e a qualidade dos cuidados especializados, tendo sido uma mais-valia a releitura de decretos-lei relacionados com a profissão de Enfermagem, nomeadamente: a Carreira de Enfermagem (funções do EE), os Princípios Éticos e Deontológicos e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Penso que abracei atitudes e posturas que encaro correctas como por exemplo ter respeitado as diferenças étnicas, raciais e sociais, bem como o sigilo profissional. Reconheço que possuía limitações em saberes mas sinto-me agora mais competente e habilitada para intervir em domínios que anteriormente subvalorizava e hoje se me impõem como elementares. Foi importante ter incorporado na prestação de cuidados a evidência científica, conhecer protocolos para a integração de novos profissionais e observar o cumprimento das normas e protocolos existentes nos serviços.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS:

2. Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral. 3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica. 6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas. 25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros. 27. Identificar as necessidades formativas na área da EESIP. 28. Promover a formação em serviço na área de EESIP.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- ★ Diagnosticar as áreas com maior necessidade de formação nos diferentes serviços;
- ★ Contribuir no desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Identifiquei necessidades formativas em todos os contextos;
- Realizei pesquisa bibliográfica sobre a eficácia da solução sacarose na minimização da dor;
- Realizei uma Acção de Formação em serviço subordinada ao tema “Sacarose - Para uma imunização sem dor;

- Realizei um poster elucidativo ao “Procedimento da sacarose”;
- Realizei um manual com artigos científicos da Sacarose;
- Sensibilizei os profissionais de saúde para a dor na Criança;
- Avaliei o impacto da formação.

REFLEXÃO:

Em todos os contextos de assistência à criança foi minha preocupação e motivação identificar necessidades formativas, pois considero a formação um bem fundamental e indispensável já que esta se assume como um processo contínuo de problematização das práticas profissionais e de desenvolvimento de competências, tendo em vista a transformação pessoal, profissional e do contexto de trabalho.

A detecção da necessidade de informação na equipa do CS da Senhora da Hora relativamente à sacarose constituiu o ponto de partida para o projecto.

Intervir na minimização da dor na criança é investir em boas práticas, baseadas na evidência, que em muito vão contribuir para a prestação de cuidados de qualidade, pelo que se constituiu num desafio muito gratificante.

Neste contexto, a oportunidade da formação ao grupo de pares em serviço assumiu-se como determinante, na medida em que esta constitui o palco ideal para a promoção de mudança e assume particular importância na mobilização de conhecimentos. A elaboração de um planeamento (Anexo X) permitiu a estruturação da acção de formação que desenvolvi com as minhas colegas de estágio Patrícia e Sandra e foi de extrema importância para a concretização dos objectivos traçados.

A formação foi desenvolvida no dia 25/11/2010. Utilizou-se uma metodologia expositiva, visto tratar-se de algo novo para a equipa, mas existiu interacção e partilha de ideias e experiências. O balanço da sessão foi extremamente positivo (Anexo XI) e consideramos que estão reunidas as condições para que a equipa inicie a administração da sacarose, contribuindo assim para a minimização da dor na criança. Desenvolvemos um poster “Procedimento da sacarose” para afixar em cada sala de consulta de SIJ e uma capa com artigos científicos para consulta dos profissionais que se encontrará disponível na UCC da Senhora da Hora.

Em todos os contextos de assistência à criança desenvolvi todas as actividades inerentes ao exercício profissional de Enfermagem, de acordo com o funcionamento instituído, mas também procurei prestar cuidados de acordo com referenciais teóricos, mantendo espírito crítico relativamente ao processo de prestação de cuidados, o que me permitiu identificar possíveis necessidades de mudança no serviço.

No SU observei que alguns colegas ainda realizam desinfecção com iodopovidona na técnica de algaliação. Questionei a minha orientadora acerca dessa prática e com a nossa elucidação os colegas tornaram-se receptivos à mudança. Tentei, assim, promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, sendo que problematizei os contextos da prática em relação às perspectivas teóricas propostas durante a formação teórica. Partilhei experiências, opiniões cientificamente fundamentadas com os profissionais de Enfermagem. Também questionei a não utilização da solução de sacarose previamente a qualquer procedimento que cause dor com o objectivo da sua minimização, e em sua substituição usam a glicose sem qualquer protocolo. Neste serviço já tinha sido abordada esta problemática mas a prática mantém-se.

Na UCIN com o intuito de atingir estes objectivos e desenvolver competências tentei identificar necessidades de formação no serviço. Como já referi, anteriormente, a UCIN é extremamente organizada e onde há incentivo e empenho na formação em serviço. Durante o meu período de estágio após diálogo com a equipa não se identificou alguma necessidade e desenvolveu-se uma formação em serviço, à qual não pude assistir porque a minha actividade profissional não me permitiu.

3.4 DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

A Investigação em Enfermagem representa, hoje e cada vez mais, um papel relevante no desenvolvimento e na consolidação de novos conhecimentos. Para que seja exequível ocorrerem mudanças e conseqüente crescimento, os profissionais de Enfermagem têm vindo a desenvolver estudos no sentido da procura de respostas para as necessidades da população.

Os enfermeiros têm reconhecido a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que prestam, ou seja, de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência disponível na sua prática clínica.

Assim, a Investigação em Enfermagem permite aos enfermeiros a revisão contínua da prática, representando um mecanismo essencial de qualquer profissão para a promoção da qualidade dos seus profissionais e dos cuidados que prestam à sociedade.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS:

20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência. 21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no

âmbito da especialização, assim como outras evidências. 22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- ★ Pesquisar sistematicamente documentos na área de Saúde Infantil e Pediatria;
- ★ Incorporar resultados da investigação na prática de cuidados de Enfermagem.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

- Identifiquei áreas passíveis de serem investigadas na área da SIP;
- Realizei pesquisa bibliográfica actualizada de modo sistemático, nomeadamente sobre a assistência ao RN/criança/adolescente/família, benefícios do aleitamento materno, acolhimento em pediatria, cuidados de Enfermagem no banho ao RN, eficácia da solução sacarose na minimização da dor;
- Realizei um poster sobre benefícios do aleitamento materno (no SU) e seu incentivo;
- Realizei um guia de acolhimento no serviço de Neonatologia para os pais dos RN;
- Realizei manual de cuidados no banho ao RN em contexto de Neonatologia;
- Utilizei os resultados da pesquisa bibliográfica na prática dos cuidados.

REFLEXÃO:

No sentido de atingir estas competências preocupei-me, ao longo de todo o estágio, em incorporar resultados da investigação na prática clínica; pesquisar informação sobre novas temáticas ou situações; aprofundar conhecimentos e desenvolver competências nos processos assistenciais à criança/adolescente/família em todos os contextos de assistência; aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades relativas ao processo de comunicação com a criança/adolescente/família e aprofundar conhecimentos e desenvolver competências relativas ao diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação de Enfermagem nos processos de assistência especializada à criança/adolescente/família.

Fundamental foi a constante e exaustiva pesquisa bibliográfica ao longo deste percurso. Assim, as competências de investigação afluíram de situações da prática incitando-me (e às minhas colegas) a realizar distintos trabalhos.

As minhas intervenções de Enfermagem foram fundamentadas em resultados de investigações actuais e fidedignas, nomeadamente na base de dados EBSCO e em publicações periódicas (Servir, Pensar Enfermagem, Nursing, Cadernos de Saúde, entre outros). A bibliografia consultada permitiu-me conversar reflexivamente com as enfermeiras tutoras e restantes

colegas, incentivando deste modo a partilha de informação e o crescimento pessoal e profissional, individual e colectivo.

Tornou-se de extrema utilidade, como por exemplo no CS, para a formação em serviço subordinada ao tema “Sacarose - Para uma Imunização Sem Dor”, já que identifiquei lacunas na instituição que me impeliram a fazer este trabalho, como referi anteriormente. Pesquisei artigos científicos e actualizados na base de dados EBSCO que depois analisei. Investigar nesta biblioteca de conhecimento *online* revelou-se muito enriquecedor.

Foi na UCIN que considerei existir a necessidade de elaborar um guia de acolhimento (Anexo XII) no serviço para os pais dos RN. Eu e a colega Helena propusemos a sua realização à equipa de Enfermagem e esta foi aceite. Ainda se encontra em discussão com a enfermeira chefe no sentido que este se adeque a esta realidade e seja uma mais-valia, para a melhoria dos cuidados que se prestam aos RN e família de quem cuidam. Também realizamos um trabalho sobre os cuidados no banho ao RN (Anexo XIII) para este ser apresentado na televisão da área de convívio dos pais com o objectivos de eles se familiarizarem e aprofundarem conhecimentos dos cuidados a prestarem aos seus bebés. Acredito serem projectos fulcrais para a uniformização da linguagem e informação a transmitir aos pais; evitar o esquecimento de algum dos tópicos a ensinar aos pais; orientar os ensinamentos em questão; atribuir a devida visibilidade a uma área tão abrangente e importante – SIP, e facilitar as integrações de novos elementos da equipa e dos alunos em estágio.

Considerando existir no SU a necessidade de elaborar um poster alusivo aos benefícios do aleitamento materno para expor nos cantinhos da amamentação, eu, a Lúcia e a Helena propusemos a sua realização às nossas orientadoras e ao enfermeiro chefe do serviço e esta foi aceite. Esperemos que seja facilitador na assimilação de informação pelas mães. Também incitamos a contactarem o profissional em caso de dúvida.

Assim aperfeiçoei cada vez mais a minha assistência ao RN/família ao incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, tal como anunciam os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “...o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática... base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional...”.

É competência do EE contribuir com Investigação na sua área de actuação para a melhoria da teoria e da prática em Enfermagem. Pode desenvolver trabalhos de Investigação baseados na evidência questionando as suas intervenções e se existe melhor forma de abordagem ou utilizar outro método de investigação. Freda, referida nos Fundamentos de Enfermagem Pediátrica Wong (2006), defende que “Quando os enfermeiros fundamentam a sua prática na ciência, na pesquisa e no registo dos resultados clínicos, eles validam suas contribuições à saúde não apenas para os clientes, para os pagadores e para instituições, mas também para a profissão de Enfermagem”.

4. CONCLUSÃO

Em Saúde Infantil e Pediatria, o enfermeiro deve ser flexível e capaz de se adaptar às diferentes situações. Por ter de lidar com crianças e a sua família, deve ter a capacidade de comunicar de forma efectiva, bem como de demonstrar empatia e sensibilidade. Deve, também, actuar *“como um modelo do papel da prática clínica, um pesquisador para validar as observações e as intervenções de enfermagem, um agente de mudança dentro do sistema de cuidado à saúde e um consultor/professor para a equipe de cuidado à saúde”* (Hockenberry, 2006, pág. 12).

Este relatório é o espelho da reflexão contínua sobre o que desenvolvi, as experiências significativas, as dificuldades sentidas e as estratégias que utilizei.

O desenrolar deste estágio proporcionou-me excelentes experiências e desafios neste mundo que é a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, motivando-me continuamente para a busca por conhecimentos mais aprofundados.

Considero que aprendi e evolui muito como profissional e como pessoa, mas este é apenas mais um passo que foi dado no meu percurso formativo e no decorrer da minha vida profissional, pois o ser humano procura sempre a evolução e a formação é sempre uma porta que fica aberta. Estou convicta de que irá contribuir de forma crucial para o desenvolvimento sustentado do meu processo de aprendizagem, para que fique repleto de formação e saberes, não só a nível científico ou prático, mas fundamentalmente a nível pessoal tendo em vista a excelência, qualidade e humanização na prestação de cuidados.

Assim, durante este estágio, penso ter desenvolvido em pleno as competências relativas aos quatro domínios: Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação.

Reconheço que, mesmo assim, tenho um longo percurso pela frente e que "sabemos sempre menos do que aquilo que podemos saber", uma vez que os conhecimentos adquirem-se progressivamente, num caminhar contínuo sem um fim aparente.

Actualmente, o objectivo do cuidado em Enfermagem não é mais em relação ao que fazemos para as famílias, mas sim o que fazemos em parceria com elas.

Pretendo continuar a lutar e investir na nossa profissão e especialização porque parafraseando Fernando Pessoa, "O melhor da vida são as crianças".

Considero, assim, que atingi os objectivos a que me propus inicialmente com a elaboração deste relatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. (2002). Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. Sinais Vitais, Novembro;
- ADAM, E. (1994). Ser Enfermeira. Instituto Piaget, Lisboa;
- ALARCÃO, Isabel ; RUA, Marília (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. Enferm: Jul-Set; 14(3):373-82;
- ALEGRE, Conceição (2006). O Enfermeiro terá em consideração o “público – alvo” que deseja cuidar. Ordem dos Enfermeiros, Nº 22, Julho;
- AMIN, Z. (2003). Overview of teaching and learning methods. Em: Basics in Medical Education, World Scientific Publishing Co, Singapura;
- APÓSTOLO, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência, II Série, n.º 9;
- BATALHA, L.; SANTOS, L.; GUIMARÃES, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. Acta Pediátrica Portuguesa, Julho/Agosto;
- BATALHA, L. (2010). Dor em pediatria compreender para mudar. Lisboa, Lidel;
- BÓIA, Helena (2008). O Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos jovens adultos. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde, Porto;
- CAMARGO, E.; FERRARI, R. (2008). Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Brasil;
- CARVALHO, A.; CARVALHO, G. (2002). Educação para a Saúde em Cuidados de Saúde Primários: Diagnóstico das dificuldades e necessidades de formação;
- COLLINS, J. (2004). Education Techniques for Lifelong Learning – Principles of Adult Learning; RadioGraphics 24:1483-1489, Disponível em: <http://radiographics.rsna.org/>;
- COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (2009). 1ª Edição. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde;
- COMITÉ PORTUGUÊS PARA A UNICEF/COMISSÃO NACIONAL INICIATIVA HOSPITAIS AMIGOS DOS BEBÉS (2008). Manual de Aleitamento Materno. Lisboa: Edição Revista;

COSTA, José (2004). Métodos de prestação de cuidados. Escola Superior de Enfermagem de Viseu, Millenium - Revista do ISPV - n.º 30 – Outubro;

COSTA, R.; PEREIRA, A. (1998). Valorização da Dor na Criança. Nascer e Crescer, vol. 7, nº 3, Setembro;

DEHNE, Karl; RIEDNER, Gabriele (2005). Sexually Transmitted Infections Among Adolescents – The Need For Adequate Health Services. Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), World Health Organization, ISBN 92-4-156288-9;

DIÁRIO DA REPÚBLICA (1996). Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril;

DIÁRIO DA REPÚBLICA (1991). Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro. Carreira de Enfermagem;

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2006). Despacho nº 12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho, Programa Nacional de Saúde Escolar, Ministério da Saúde;

DINIZ, José; ALBERGARIA, Margarida; GUERREIRO, Cristina (2007). Relatório – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Subcomissão para Análise dos Manuais de Educação Sexual;

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2005). Saúde Infantil e Juvenil – Programa tipo de Actuação. Orientações Técnicas, Lisboa, ISBN: 972-675-084-9;

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2006). Programa Nacional de Vacinação. Orientações Técnicas, Lisboa, ISBN: 972-675-136-5;

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2008). Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Orientações, Lisboa, ISBN: 978-972-675-182-3;

GASPARDO, Cláudia; LINHARES, Maria; MARTINEZ, Francisco (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. Rio de Janeiro: Jornal Pediatria;

HATFIELD, L., GUSIC, M., DYER, A., POLOMANO, R. (2008). Analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4 months of age. Pediatrics, 121, 327-334;

HOCKENBERRY, M. (2006). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Ed., Rio de Janeiro: Mosby Elsevier;

HUERTA, E. (1996). Preparo da criança e família para procedimento cirúrgico: Intervenção de Enfermagem. Revista Escola de Enfermagem, USP;

HUTCHFIELD, K. (1999). Family-Centred care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 29;

INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA (1998). Carta da criança hospitalizada / Humanização dos serviços de atendimento à criança. Lisboa, ISBN 972-8003-14-5;

ICN – INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 1.0., Trad. Ordem Enfermeiros, USINE, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

IMPERATORI, E., GIRALDES, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª edição, Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública;

JORGE, Ana Maria (2004). Família e Hospitalização da Criança. Loures: Lusociência;

KOLCABA, K. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, Nº 15, [Consultado em 15 de Janeiro de 2011], Disponível em: http://www.thecomfortline.com/comfort_theory.htm;

LAMY, Z. et al (2005). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Colectiva*, 10 (3): 659-668;

LEFEVRE, R. (2005). Aplicação do Processo de Enfermagem – Promoção do Cuidado Colaborativo. Artmed Editora, Porto Alegre;

LEI Nº 60 / 2009 DE 6 DE AGOSTO (1ª SÉRIE) (2009). Publicada em Diário da República nº 151. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar;

LEITE, Adriana et al (2003). Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Am., Enfermagem* volume 11, nº4, Ribeirão Preto, Jul./Ago.;

MAAS, T. (2006). O Processo de Transição do Ser Adolescente Hospitalizado com Doença Crónica sob a Ótica da Enfermagem. Curitiba, Dissertação de Mestrado, [Consultado em 15 Janeiro, 2011], Disponível em <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/3764/1/DISSERTAÇÃO%20TANIA%20MAAS.pdf>;

MARREIROS, Maria (2002). Relações Sexuais Precoces E Comportamentos De Risco Nos Adolescentes. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto;

MARTINS, Maria – Um Olhar Sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: O Passado, o presente, que futuro?, VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra, 2004;

MATOS, M. et al (2006). Indicadores De Saúde Dos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar HBSC. Aventura Social & Saúde, Lisboa;

NEVES, L. (1996). Contratos de Aprendizagem: Uma estratégia compatível com a prática clínica reflexiva. Rev. Informar, Ano II, n.º 4, Jan/Mar;

NUNES, Lucília (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional;

OLIVEIRA, Carlos (2008). “Saúde e Sexualidade na Adolescência”. Formação Pedagógica Inicial de Formadores – Proposta Intervenção Pedagógica, Figueira da Foz;

OPPERMAN, C.; CASSANDRA, K. (2001). Enfermagem Pediátrica Contemporânea. Loures: Lusociência;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Código Deontológico dos Enfermeiros: Anotações e Comentários. Lisboa;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Dor Guia Orientador de Boas Práticas. Cadernos OE, 1 (1), 1-51;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). Enquadramento conceptual. Lisboa;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE – Programa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Junho;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). Modelo Desenvolvimento Profissional (MDP) – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa;

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE et al (2007). Planejamento Familiar - Um Manual Global Para Profissionais E Serviços De Saúde;

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1993). Capacitacion para Orientar Adolescentes en Sexualidad y Salud Reproductiva – Guia para los Facilitadores. Suiza;

PAULO, M. (2003). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem na documentação de Cuidados no Hospital: representações dos Enfermeiros. Porto, Trabalho de Investigação de candidatura a concurso para professor coordenador da carreira do Ensino Superior Politécnico, para lugar de quadro de pessoal da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto;

PINTO, Liliana (2009). Sistemas de Informação e profissionais de Enfermagem - Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real;

PINTO, Susana (2009). Competências dos Pais para Promover o Desenvolvimento Infantil aos 3 e 5 anos. Funchal;

PROTOCOLO ENTRE O MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006). Lisboa;

RENAUD, Michel (1999). A Sexualidade Humana – Reflexão Ética. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida;

ROSS, David; DICK, Bruce; FERGUSON, Jane (2006). Preventing HIV / AIDS in Young People – A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries. World Health Organization;

SAMPAIO, Daniel et al (2007). Relatório Final – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa;

SECÇÃO DE NEONATOLOGIA (2004). Sociedade Portuguesa de Pediatria – Consensos Nacionais em Neonatologia. Coimbra;

SERRANO, A.; FIALHO, C. (2003). Gestão do conhecimento – o novo paradigma das organizações. Lisboa, Informática;

SIMÕES, Cláudia; SIMÕES, João (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. Revista Referência, II.ª Série - nº 4 - Jun.;

TAVARES, A. (1992). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (2ª edição). Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, Lisboa;

TAVARES (2008). Cuidar da criança brincando... Ordem dos Enfermeiros, 26 Junho, [Consultado em 15 Janeiro 2011], Disponível na internet: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&view=news:Print&id=714&print=1>>;

TAVARES, J. (1996). Uma Sociedade que Aprende e se Desenvolve: Relações Interpessoais. Porto: Porto Editora;

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA (2009). Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Instituto de Ciências da Saúde, Centro Regional do Porto;

VALLADARES, A. . Manejo arteterapêutico no pré-operatório em pediatria. Revista Electrónica de Enfermagem, Disponível em http://fen.ufg.br/revista/revista6_1/r3_arteterapia.html. [Consultado em 15/01/2011];

VIEIRA, M.; LIMA, R. (2002). Crianças e Adolescentes com Doença Crónica: Convivendo com Mudanças. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol. 10, nº 4 , Jul-Ago, pág. 552-560, [Consultado em 15 Janeiro 2011], Disponível na Internet: <http://www.scielo.br>;

WHALEY & WONG (1999). Enfermagem Pediátrica – Elementos essenciais à intervenção efectiva. 5ª Edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ANEXOS

ANEXO I

(CRONOGRAMA DO ESTÁGIO DE
SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA)



3º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Local de Estágio: Centro de Saúde Senhora da Hora **Módulo:** I

Ano	2010																																																						
Mês	Outubro																								Novembro																														
Semana	1ª						2ª						3ª						4ª						5ª						6ª						7ª						8ª												
Dia da Semana	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D						
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Vanessa Fernandes	M		M	M	M			M	M	M	M	M			M	T	M	M				M	M	M	M				M	M	M	M			M	M		M				M	T												

Total de Horas	182 horas
----------------	-----------

Porto, Abril de 2010

Prof. Constança Festas



Local de Estágio: Neonatologia - HPH e Urgência de Pediatria - HSJ **Módulo: III**

Ano	2010																																																													
Mês	Abril															Maio															Junho																															
Semana	1ª					2ª					3ª					4ª					5ª					6ª					7ª					8ª					9ª																					
Dia da Semana	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D													
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Vanessa Fernandes	M		M	T	N			M				T	N				MT			M				T	T			M							TN				MT				T	TN				T	T					N								

Total de Horas 180 horas

Porto, Abril de 2010

Prof. Constança Festas

ANEXO II

(CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DA
SENHORA DA HORA)

CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DA SENHORA DA HORA

O Centro de Saúde da Senhora da Hora está inserido na Unidade Local de Saúde de Matosinhos e localiza-se na Rua da Lagoa, Senhora da Hora. É responsável pelas freguesias da Senhora da Hora, Guifões e Custóias. Apresenta uma população residente de 54294 habitantes e uma população inscrita de 52326 habitantes.

Este encontra-se dividido em quatro unidades:

- ★ Unidade de Saúde Familiar (**USF**):
 - USF Lagoa (desde Junho 2010);
- ★ Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (**UCSP**);
- ★ Unidade de Cuidados de Enfermagem (**UCE**);
- ★ Unidade de Cuidados na Comunidade (**UCC**), desde 18.12.2009.

No centro de saúde, os cuidados de saúde são prestados por profissionais cuja organização básica é a equipa de saúde familiar constituída por médico, enfermeiro e assistente administrativo, interligando-se com outros profissionais e/ou em parceria com recursos comunitários (Juntas de Freguesia, Escolas, Associações, etc). As famílias que residem na área que o centro de saúde abrange têm cuidados globais e acompanhamento a longo prazo. Uma das unidades (UCE) é responsável pelo atendimento de recurso.

As consultas são realizadas pelas equipas de saúde familiar nos diferentes contextos: Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil, Saúde Juvenil, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso e Apoio Domiciliário e Cuidados Continuados.

A UCC da Srª da Hora presta cuidados de saúde especializados e de excelência na sua Comunidade. Tem como objectivo contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tornando-os mais próximos, adequados, efectivos, e eficientes. A área de excelência de intervenção da UCC será a grupos vulneráveis e de risco no contexto comunitário. Assim, apresentam projectos de intervenção especializados (ex: Bem-Me-Quer) no sentido da promoção da saúde ao longo do ciclo de vida.

ANEXO III

(CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA
DO HOSPITAL PEDRO HISPANO)

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (localizada no Piso 3) pertence ao Departamento de Pediatria assim como a Consulta Externa de Pediatria (Piso -1) e o Internamento de Pediatria (Piso 1).



A Enfermeira Chefe colabora directamente com o Director do Departamento de Pediatria e Director de Serviço na gestão e na manutenção de níveis de eficiência e qualidade.

Os enfermeiros e médicos estão subordinados hierarquicamente aos Enfermeiros Chefes e Directores de Serviço respectivamente.

As Auxiliares de Acção Médica, são funcionalmente dependentes das Enfermeiras Chefes e hierarquicamente dependentes do representante Administrativo do Serviço Hoteleiro.

Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A admissão de um recém-nascido numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais pode ser um acontecimento particularmente traumático para os pais destes recém-nascidos.

A natureza e a gravidade da doença são os principais factores stressantes; o ambiente de uma UCIN pode impressionar, assustar e intimidar os pais. O reconhecimento das dificuldades e necessidades que os pais vivenciam, desde o momento em que é diagnosticado um problema no recém-nascido, permite aos enfermeiros oferecer cuidados de Enfermagem, numa perspectiva globalizante.

A UCIN está dividida em duas áreas distintas: Unidade de Cuidados e Área de Apoio:

A Unidade de Cuidados é composta por cinco unidades de cuidados intensivos – 1, 2, 8, 9, 10 - e cinco unidades de cuidados intermédios – 3, 4, 5, 6, 7. Sempre que necessário as unidades 1 e 7 funcionam como Isolamento.

À entrada da Unidade, existe uma sala de espera destinada aos Pais, com sofás para que possam descansar.

A Área de Apoio é, constituída por gabinetes médicos e de enfermagem, copa de leites, copa do pessoal, sala de reuniões, arrecadação de material específico, aprovisionamento e zona de desinfecção – sala de limpos e sala de sujos.

Todas as unidades do RN estão equipadas com monitor cardio-respiratório e de oximetria, máquinas e seringas perfusoras, tabuleiro com material necessário aos cuidados diários dos recém-nascidos, material e equipamento de apoio. Existem na unidade 11 incubadoras fechadas, 1 incubadora aberta, 4 ventiladores e 3 CPAP Nasal, aparelhos de fototerapia, 1 incubadora de transporte.

Os Critérios de admissão, à UCIN:

- ✚ Recém-nascido de termo com patologia, até ao 28º. dia de vida;
- ✚ Prematuridade 24 – 26 semanas de gestação, geralmente associada a patologia materna;
- ✚ Malformações congénita;
- ✚ Síndrome de Dificuldade Respiratória/Necessidade de Ventilação Assistida;
- ✚ Asfixia Neonatal;
- ✚ Recém-nascido com necessidade de transferência para outros hospitais do foro cirúrgico.

Os recém-nascidos internados, são admitidos através da Emergência de Pediatria, via INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica, Bloco de Partos e Obstetrícia, Bloco Operatório ou APR (Apoio Pediátrico Referenciado).

A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, secretária de unidade e funcionária de limpeza.

Para além destes colaboram outros profissionais sempre que solicitada a sua presença, tais como assistente social, psicólogo e outras especialidades.

A metodologia de trabalho adoptada neste serviço foi a do Enfermeiro de Referência. Este é responsável por um RN desde a sua entrada à sua saída. Quando este não se encontra presente, a restante equipa de Enfermagem segue o plano de trabalho delineado pelo enfermeiro de referência do RN.

A equipa de Enfermagem do serviço de Neonatologia, desde 1997, abraçou como filosofia de trabalho o modelo preconizado por Anne Casey (Parceria de Cuidados Pediátricos). A família é parceira nos cuidados a prestar ao RN.

O horário de trabalho da equipa de Enfermagem é das 8 às 14:30, das 14 às 20:30 e das 20 às 8:30.

ANEXO IV

(CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE SÃO JOÃO)

Serviço de Urgência de Pediatria do HSJ

O Hospital de São João é uma pessoa colectiva de direito público empresarial. Este é o maior hospital do Norte e o segundo maior do país. É um hospital universitário com uma ligação umbilical à Faculdade de Medicina do Porto, que ocupa o mesmo edifício. Presta assistência directa à população de parte da cidade do Porto (freguesias do



Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e concelhos limítrofes. Actua como centro de referência para os distritos do Porto (com excepção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo, abrangendo uma população de cerca de 3 milhões de pessoas.

O HSJ é constituído por um edifício de 11 pisos. Dispõe, neste momento, de uma lotação oficial de 1124 camas e várias especialidades médicas e cirúrgicas. Todos estes Serviços estão agrupados em 6 Unidades Autónomas de Gestão (UAG): de Medicina; de Cirurgia; da Mulher e Criança; dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; da Urgência e Cuidados Intensivos; e da Saúde Mental. São níveis intermédios de gestão, com ampla autonomia, possibilitando melhorar a celeridade e a qualidade da decisão, através da aproximação desta ao local da acção.

A UAG da Mulher e da Criança (UAG-MC), de acordo com o Regulamento Interno do HSJ, engloba 7 Serviços e 1 Unidade: Pediatria Médica, Neonatologia, Cirurgia Pediátrica, Ginecologia e Obstetrícia, Urgência Pediátrica, Unidade de Hematologia e Oncologia Pediátrica, Cardiologia Pediátrica e a Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios de Pediatria. A UAG-MC pretende estar focalizada no doente em que as suas Equipas de profissionais garantem uma oferta da máxima complexidade, diferenciação e qualidade, acessibilidade, equidade, segurança, conforto assistencial e humanização. Esta pretende ser uma organização que associa competências assistenciais e de formação pré e pós graduada e de investigação, asseguradas por quadros de experiência reconhecida e com uma gestão responsável e eficiente, capaz de gerir os seus recursos e favorecer o desenvolvimento, a participação e o empenho de todos os seus profissionais.

Inserido no Hospital de São João, o Serviço de Urgência de Pediatria é o único na Área Metropolitana do Porto, sendo este Hospital Central que abrange quase toda a região Norte.

O Serviço de Urgência de Pediatria encontra-se individualizado do Serviço de Urgência Geral desde 1987, dispõe de uma área física própria, de uma equipa de enfermagem exclusiva e apoio dos Serviços de Voluntariado e Administrativo. No entanto, usufrui da colaboração de várias especialidades do Serviço de Urgência Geral, nomeadamente de Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Torácica, Ortopedia, Dermatologia, Infecciologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia.

Funciona com equipas médicas dos distintos hospitais do grande Porto, constituídas por elementos de Pediatria Médica, dois elementos de Cirurgia Pediátrica e um elemento de Cardiologia Pediátrica, trabalhando em regime de rotação e assegurando as 24 horas do dia.

Este é o único Serviço de Urgência Pediátrica da região Norte que assegura simultaneamente as urgências de Cardiologia e Cirurgia Pediátrica.

No Serviço de Urgência são atendidas crianças provenientes do exterior ou transferidas de outras unidades hospitalares da Região Norte, com idade inferior a 18 anos. As equipas constituintes do serviço de urgência sofreram alterações ao longo do tempo.

Anteriormente a Agosto de 2002 os médicos que constituíam as equipas descritas pertenciam ao Departamento de Pediatria de HSJ, tendo como função o atendimento de crianças pertencentes à área de drenagem do mesmo e assegurando apoio urgente ao internamento de todas as crianças internadas no HSJ (no Departamento ou noutros Serviços).

A partir de 1 de Agosto de 2002, por deliberação conjunta das direcções dos vários hospitais que constituem a Sub-região de Saúde do Porto, o anterior Serviço de Urgência do HSJ passou a constituir o único Serviço de Atendimento Pediátrico Urgente da cidade do Porto.

O Serviço de Urgência Pediátrica funcionou junto à área de atendimento de Urgência para adultos, nomeadamente em OBS existindo uma sala com 4 camas destinadas a crianças essencialmente do foro médico.

Em 1987, o Serviço de Urgência de Pediatria passou a ter instalações próprias e com outro espaço físico. Foi um marco importante na evolução da assistência à criança/família, pois a partir daí passou a ser possível a presença dos pais junto da criança.

São os médicos dos Serviços da UAG-MC que asseguram diariamente o atendimento pediátrico de urgência.

Para além destes, o Serviço de Urgência de Pediatria tem o apoio, durante 24 horas, de médicos de outros Serviços do Hospital de São João, nomeadamente, Neurocirurgia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Ginecologia, Imuno-hemoterapia, Imagiologia, Laboratório e Especialidades Cirúrgicas.

O Serviço de Urgência de Pediatria situa-se no Piso I, no Departamento de Pediatria. Fica junto ao Serviço de Urgência de Adultos, Bloco Operatório da Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Os enfermeiros são predominantemente do sexo feminino, o que está de acordo com os dados estatísticos nacionais, continuando a profissão a ser tradicionalmente feminina.

Os enfermeiros estão organizados em equipas de 7 elementos, ficando distribuídos pelos diversos sectores da Urgência, nomeadamente Triagem, Pequena Cirurgia, OBS (Observações), Sala de Emergência sendo orientados por um Chefe de Equipa que circula nos diversos sectores mediante as necessidades.

O tipo de horário exercido pela equipa é de 35 ou 40 horas semanais distribuídas por Manhãs das 08:00 às 15:30, Tardes das 15:00 às 22:30 e Noites das 22:00 às 08:30.

O espaço físico do Serviço de Urgência está dividido nos seguintes sectores:

- Sala de espera, onde as crianças e acompanhantes podem aguardar a consulta de pré-triagem e/ou a observação definitiva;
- Gabinete da PSP, onde permanece 24 horas por dia um agente de segurança;
- Gabinete administrativo, funcionando durante as 24 horas;
- Sala de emergência e reanimação;
- Sala de Pré-triagem de doentes;
- Seis salas de observação, independentes;
- Sala de Pequena Cirurgia;
- Sala de trabalho da equipa de Enfermagem;
- Gabinete do Chefe de Equipa, com extensão telefónica própria;
- Sala polivalente destinada ao pessoal, dispondo de meios informáticos, com acesso permanente à internet;
- Sala de espera, onde tem uma área específica para realização de aerossolterapia;

- OBS, com uma lotação oficial de dez camas. Neste espaço pretende-se que decorram internamentos com duração previsível inferior a 24 horas, e onde haja necessidade de vigilância mais estreita assim como monitorização dos doentes. É permitida a permanência de um acompanhante junto da criança durante todo o internamento.

ANEXO V

(POSTER ALUSIVO AOS BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO
MATERNO PROPOSTO PARA O SU DO HOSPITAL DE
SÃO JOÃO)

Aleitamento Materno: a forma perfeita de alimentar o seu filho!

Urgência Pediátrica :: Helena Pintalhão | Lúcia Macedo & Vanessa Fernandes
Curso de Pós – Licenciatura | Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Vantagens do aleitamento materno:

- | Vantagens nutricionais
- | Protecção imunológica
- | Propriedades anti-infecciosas e anti-alérgicas
- | Contributo para o crescimento e desenvolvimento saudáveis para o seu bebé
- | Poupa tempo e dinheiro

Amamentar é uma arte que se aprende...

Se tiver dúvidas fale com um profissional de saúde.

| O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para o seu bebé;

| Proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e uma boa interacção entre si e o seu filho;

| Benefícios para a saúde materna (recuperação rápida após o parto; permite voltar à forma pré-gravidez mais rapidamente; reduz a probabilidade de ter cancro da mama).



ANEXO VI

(PLANEAMENTO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A
SAÚDE : “SEXUALIDADE SAUDÁVEL”)



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**PLANEAMENTO DE UMA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:
“SEXUALIDADE SAUDÁVEL”**

PATRÍCIA MENDES

SANDRA FERREIRA

VANESSA FERNANDES

NOVEMBRO|2010

3º CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Ano Lectivo 2009/2010

Docentes orientadoras:

Enf.^a Constança Festas

Enf.^a Isabel Quelhas

Enfermeiras Tutoras:

Alexandra Correia

Graça Fonseca

Planeamento de uma Acção de Educação para a Saúde:

“Sexualidade Saudável”

PATRÍCIA MENDES

SANDRA FERREIRA

VANESSA FERNANDES

NOVEMBRO | 2010

SIGLAS E ABREVIATURAS

CAJ – Centros de Atendimento a Jovens;

ICS – Instituto de Ciências da Saúde do Porto;

IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis;

PF – Planeamento Familiar;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade;

UCP – Universidade Católica Portuguesa;

ULS – Unidade Local de Saúde.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	7
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	14
3. OBJECTIVOS.....	19
4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....	21
5. METODOLOGIA.....	23
6. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....	25
6.1. Plano da Actividade da Acção de Educação para a Saúde: “Sexualidade Saudável”.....	25
7. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	27
8. CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	33

Anexo I – Apresentação “Sexualidade Saudável”

Anexo II – Questionário Inicial

Anexo III – Questionário Final

Anexo IV – Panfleto: recursos da comunidade na área da Sexualidade.

0. INTRODUÇÃO

A Acção de Educação para a Saúde “Sexualidade Saudável” surgiu no âmbito do estágio de Módulo I, decorrente no Centro de Saúde Senhora da Hora, Unidade Local de Saúde Matosinhos (ULS). Este estágio decorreu no período de 04 de Outubro a 27 de Novembro de 2010, enquadrado no 2º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Este projecto foi desenvolvido sob a orientação tutorial das Enfermeiras Alexandra Correia e Graça Fonseca.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objectivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;
- Desenvolver competências relativas à planificação de uma Acção de Formação.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente é realizado um enquadramento teórico e consequentemente de uma análise da situação, seguida da apresentação dos objectivos e da selecção de conteúdos; posteriormente é apresentada a metodologia, a organização e programação da actividade e, por último, a selecção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo dos últimos anos, de modo gradual, o sexo, a sexualidade e a sua discussão, começaram a ser considerados como importantes no desenvolvimento e forte componente na manutenção do bem-estar, tendo já sido considerados um tema tabu na conversação diária.

A intimidade e o contacto físico são necessidades biológicas e sociais vitalícias. Existe a tendência errada de muitos associarem sexo a sexualidade, sendo, todavia coisas distintas.

Relativamente ao sexo podemos defini-lo, segundo o dicionário da língua portuguesa, como uma actividade reprodutora, uma relação sexual. A sexualidade deixou, pois, de ser sinónimo de reprodução, de pecado e de impureza para passar a fazer parte integrante dos afectos, do prazer, da comunicação interpessoal, da maternidade e da paternidade responsáveis.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), *“Sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. Ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”*.

O desenvolvimento da sexualidade ocorre durante toda a vida do indivíduo e depende de uma dimensão biológica, psicológica, sociocultural e religioso-ética, conhecendo diferentes etapas fisiológicas: infância, adolescência, idade adulta e senilidade.

É na adolescência que a vivência desta sexualidade se torna mais marcante e evidente, já que nesta etapa *“... ocorre aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, envolvendo hormônios sexuais e evolução da maturidade sexual,... Paralelamente às mudanças corporais, ocorrem as psicoemocionais...”* fazendo *“... com que o adolescente viva intensamente sua sexualidade, manifestando-a muitas vezes através de práticas sexuais desprotegidas, podendo se tornar um problema...”*. (Camargo; Ferrari, 2008)

É a puberdade que vai iniciar o processo de desenvolvimento da adolescência. *“Com a produção das hormonas sexuais e com o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a curiosidade sexual intensifica-se.”* (Sampaio et al, 2007) Surge deste modo a maturação sexual,

com o aparecimento da menarca nas meninas e com a 1ª ejaculação nos meninos. Podemos, então, afirmar que a partir deste marco eles se tornam seres sexuais férteis e, por isso, podem procriar.

A resposta sexual do jovem vai desenvolver-se mediante uma interação de quatro factores / dimensões de ordem psicosexual: a identidade sexual, a identidade de género, a orientação sexual e o comportamento sexual.

“A identidade sexual é o padrão definido pelas características biológicas e sexuais, que formam um conjunto coerente: através dos cromossomas, genitais internos e externos, hormonas e caracteres sexuais secundários, o indivíduo não tem (na grande maioria dos casos) dúvidas acerca do seu sexo... A identidade de género está relacionada com o sentido de ser masculino ou feminino e estabelece-se muito precocemente na infância, cerca dos 2 ou 3 anos... A orientação sexual descreve o objecto dos impulsos sexuais... Na puberdade e na fase média da adolescência, podem surgir dúvidas transitórias sobre a orientação sexual, até que esta se consolide.” (Sampaio et al, 2007) O importante é respeitar as diferenças e encarar com tranquilidade os momentos de dúvidas assumindo sempre uma posição em que não se precisa decidir tudo hoje.

“O comportamento sexual inclui o desejo, as fantasias ligadas à sexualidade, o auto-erotismo, a procura de parceiros e, de um modo geral, todas as tentativas com o objectivo de obter gratificação de necessidades sexuais.” (Sampaio et al, 2007)

A educação sexual que promovemos deve cooperar para a promoção de uma vivência sexual autónoma, responsável e gratificante do jovem. Deste modo é também importante informar que existem riscos do início de uma actividade sexual sem protecção.

“As relações sexuais desprotegidas, para além do risco de gravidez, expõem ambos os intervenientes às ...”(Marreiros, 2002) infecções sexualmente transmissíveis (IST's).

A prática do sexo seguro é a forma mais eficaz de prevenção das IST's. Deve sempre destacar-se a promoção da saúde e as condutas preventivas, enfatizando-se a distinção entre as formas de contacto que condicionam o aumento do risco de contágio ou aquelas que não envolvem qualquer forma de risco.

A promoção da saúde e o respeito mútuo vinculam-se à valorização da vida e são conteúdos importantes a serem sublinhados devendo conduzir a atitudes responsáveis, solidárias,

enfatizando-se o convívio social e atitudes não discriminatórias em relação às pessoas com IST's.

A gravidez indesejada na adolescência é aquela que não foi desejada no momento da sua concepção, independentemente do uso ou não de contracepção. Por exemplo, a gravidez é considerada indesejada pelos adolescentes na medida em que muitos deles ainda não concluíram a sua formação, não são economicamente independentes e nem estão física e emocionalmente preparados para a paternidade e maternidade, o que denota que ainda não alcançaram a maturidade.

A gravidez na adolescência, para além das consequências médicas (incluindo a saúde mental), físicas, psicológicas, educacionais, sócio-económicas, traduz-se em implicações negativas na qualidade de vida futura dos adolescentes, com diminuição das suas oportunidades de emprego/carreira profissional.

A gravidez constitui por si só uma fase de profunda mudança, já que não resultou de um desejo assumido de duas pessoas, nem dum projecto de vida consistente. Na sua maioria não é bem aceite pelos pais dos adolescentes e, principalmente, no contexto de uma sociedade citadina, podendo a rejeição ser experienciada pela adolescente.

É fundamental que os métodos contraceptivos sejam recursos usados no sentido de evitar uma gravidez. A escolha destes vai depender de cada situação pessoal e por isso exige aconselhamento por um profissional de saúde. Apesar de existirem várias formas de evitar que o espermatozóide encontre o óvulo, alguns métodos são mais seguros e oferecem mais vantagens que outros. Além disso, é apropriado saber que unicamente o preservativo previne o contágio das IST's.

“A educação para uma sexualidade responsável está a cargo de todos, pais, escola, saúde e sociedade em geral e só com a colaboração de todos será possível obter resultados positivos. A educação é um processo que ocorre num continuum..., cujo objectivo principal é preparar os jovens para a tomada de decisões conscientes e responsáveis.” (Bóia, 2008)

Neste sentido, o papel do profissional de saúde assume uma posição de excelência com o dever de preparar os jovens para o exercício pleno e gratificante da sua sexualidade, minorando os riscos que dela podem advir. Neste âmbito, torna-se crucial dotar o jovem de informação acerca da sua própria saúde e de competências que o habilitem para uma

progressiva auto-responsabilização, para que a sua tomada de decisão seja livre, informada e fundamentada.

Neste contexto, os recursos existentes na comunidade assumem particular importância, pelo que devem ser divulgados, já que o seu funcionamento é assegurado por profissionais competentes e com formação científica aprofundada nas áreas da educação para a saúde e educação sexual.

Finalizando, é de fulcral importância assinalar que é nesta área da educação para a saúde que o enfermeiro possui a sua grande arma no sentido de demonstrar o seu verdadeiro papel na comunidade e obter ganhos em saúde. Deste modo, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também educar, e educar para prevenir.

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO



A definição de saúde mais difundida é a encontrada no preâmbulo da Constituição da OMS, sendo um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.”. Dentro desta perspectiva, a Educação para a Saúde deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e colectiva.

“A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa”. (Protocolo Entre O Ministério Da Educação E O Ministério Da Saúde, 2006).

É de fulcral importância que as acções de educação para a saúde sejam desenvolvidas e dinamizadas por um professor coordenador nomeado e com formação científica adequada, tendo este uma colaboração estreita com o centro de saúde respectivo, nomeadamente os enfermeiros responsáveis pela saúde escolar.

Mediante este trabalho de parceria, foi-nos proposta a elaboração de um projecto denominado “**Sexualidade Saudável**” pelas enfermeiras Alexandra Correia e Graça Fonseca, responsáveis pela Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Senhora da Hora, a desenvolver no Agrupamento de Escolas da Senhora da Hora nº2.

“A adolescência é um período do desenvolvimento humano que decorre aproximadamente, dos 12 aos 19 anos de idade (segundo a OMS), caracterizado por uma revolução biopsicossocial. É um período de grande crescimento e transformações, onde tudo é vivido intensamente.” (Oliveira, 2008)

Na adolescência, a vivência da sexualidade torna-se mais evidente. Muitas vezes, manifesta-se através de práticas sexuais inseguras, podendo tornar-se um risco devido à falta de informação, tabus ou mesmo pelo medo de assumi-la.

Assim, desenvolvemos um diagnóstico de situação dos adolescentes do ensino secundário desta escola, aplicando um questionário, com o intuito de analisarmos o seu conhecimento acerca da sexualidade, gravidez indesejada, recursos na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva, métodos contraceptivos e IST's.

Inicialmente entregou-se o questionário na escola e foi obtido, de imediato, o consentimento para a sua aplicação, pelo Conselho Pedagógico da mesma.

Prontamente, foi aplicado às turmas, pelo professor, na sala de aula, de modo anónimo e voluntário.

O questionário abrangeu 120 alunos do ensino secundário de sete turmas (12ºA, 12ºB, 12ºC, 12ºD, 12ºE e 3ºA e 3º B dos cursos profissionais de Técnico de Apoio à Infância e Técnico de Gestão e Equipamento Informático) com uma idade média de 17 anos. Foram preenchidos 120 questionários, sendo 59 do sexo feminino e 59 do sexo masculino. Apenas dois estudantes não identificaram o seu género.

Foi considerado importante o uso de um método contraceptivo numa relação sexual por 98% dos adolescentes. Os métodos mais nomeados foram o preservativo e a pílula. Cerca de 78% acham que se deve recorrer ao centro de saúde para pedir aconselhamento acerca do método contraceptivo.

No sentido de esclarecerem dúvidas relacionadas com a sexualidade referem, maioritariamente, falar com os pais (42,5%), com os amigos (33%), consultar um profissional de saúde (43%) e consultar a internet (40%).

É de salientar que 95,8% sabem quais os riscos de uma relação sexual não protegida, indicando uma gravidez indesejada e as IST's.

Relativamente à definição do conceito de sexualidade, a maioria (83,3%) assume que o comportamento sexual humano representa a forma mais profunda e completa de contacto e comunicação amorosa entre seres humanos, independentemente do seu género.

■ **Temas com melhores níveis de conhecimentos: (acima de 75% acertaram)**

- Função da pílula;
- Função do preservativo;
- Falibilidade do coito interrompido;
- Probabilidade de contágio do VIH;
- Conhecimento da existência de CAJ;
- Conceito de IST's.

■ **Temas com níveis razoáveis de conhecimentos: (entre 50% e 74%)**

- Objectivo da consulta de PF;
- Conhecimento de IST's.

■ **Temas com níveis insuficientes de conhecimentos (entre 25% e 49%)**

- Contracepção de emergência.

Após análise dos resultados, realizamos uma acção de educação para a saúde com o tema Sexualidade Saudável e orientamos o nosso percurso atendendo às necessidades encontradas, com o objectivo de colmatar as dúvidas / dificuldades.



3. OBJECTIVOS

De acordo com Imperatori (1993), a fixação de objectivos constitui uma “(...) etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”. Segundo Tavares (1992), “não interessam objectivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática e portanto sem qualquer utilidade”.

Desta forma, foram delineados os seguintes objectivos gerais e específicos:

OBJECTIVOS GERAIS

- Contextualizar a sexualidade na adolescência;
- Informar acerca dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva;
- Compreender a importância da contracepção na prevenção de comportamentos de risco.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Definir o conceito de sexualidade;
- Conhecer as quatro dimensões da sexualidade;
- Indicar os recursos da comunidade na área da sexualidade;
- Definir a consulta de Planeamento Familiar (PF);
- Conhecer as actividades de uma consulta de PF;
- Descrever comportamentos de risco;
- Evidenciar consequências da gravidez na adolescência;
- Estimular competências responsáveis sobre a contracepção;
- Informar acerca dos métodos contraceptivos mais adequados à adolescência;
- Explicar vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos;



- Definir IST's;
- Identificar meios de transmissão;
- Explicar formas de prevenção.

4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

De forma a atingir os objectivos delineados, foram seleccionados para a acção de formação os seguintes conteúdos:

- Contextualização da sexualidade na adolescência;
- Identificação dos riscos de uma relação sexual desprotegida;
- Consequências da gravidez na adolescência;
- Informação dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva;
- Importância dos métodos contraceptivos;
- Identificação de IST's e meios de transmissão.

5. METODOLOGIA

O método a utilizar nesta acção de formação será uma combinação do método expositivo e do método exploratório.

O método expositivo compreende a transmissão de informação e é unidireccional, passivo e estruturado. O método exploratório incita à exploração e descoberta através da interacção, e ao contrário do método expositivo, encoraja e facilita a troca de informação nos dois sentidos. (Collins, 2004; Amin, 2003)

Dado o conteúdo teórico do tema e a população da sessão, será essencialmente utilizado o método exploratório proporcionando uma interacção e partilha de ideias e experiências, com o objectivo também de captar a atenção do público-alvo.

Neste sentido, elaboramos um filme, baseado na Carta Internacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, para dar início à sessão, motivando para o tema. Também no final da sessão, preparamos uma actividade interactiva, em que vamos dividir a turma em quatro grupos, cada qual com o seu porta-voz, para analisar e encontrar um consenso sobre se determinados conceitos da sexualidade constituem “Mito ou realidade”. Esta actividade vai permitir a discussão e esclarecimento de dúvidas que possam ter ficado no final da sessão.



6. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

A data para a realização desta Acção de Educação para a Saúde será nos dias 8, 9, 11 e 16 de Novembro de 2010. A escolha da data prendeu-se essencialmente pelo facto da escola ter pedido às enfermeiras responsáveis pela saúde escolar, no sentido de ser durante a aula de cada turma tornando-se uma sessão mais particular e personalizada para os estudantes se sentirem à vontade a questionarem dúvidas.

Previamente, será divulgada a acção de formação pela escola, de forma a permitir que todos os alunos envolvidos tomem conhecimento.

Os recursos a utilizar para a realização da acção de formação são:

- **Recursos Humanos:** 3 alunas do 3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do ICS da UCP do Porto com a orientação de 2 enfermeiras responsáveis pela Saúde Escolar da UCC Senhora da Hora;
- **Recursos Físicos:** Salas de aula do Agrupamento de Escolas da Senhora da Hora nº2;
- **Recursos materiais:** um computador portátil; um projector; colunas de som; métodos contraceptivos; panfletos dos recursos na comunidade;
- **Recursos Financeiros:** suportados pela UCC Sra Hora.

6.1 - Plano de Actividade da Acção de Educação para a Saúde: “Sexualidade Saudável”.

Formadores: Patrícia Mendes, Sandra Ferreira e Vanessa Fernandes, Alunas do MESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I	Grupo destinatário: Alunos do Agrupamento de Escolas da Senhora da Hora nº2
Tema: “Sexualidade Saudável”	Local: Salas de aula
Duração: 90 min	Data: 8, 9, 11 e 16 de Novembro de 2010
	Hora: a definir

- Contextualizar a sexualidade na
- Definir o conceito de sexualidade;

adolescência;	<ul style="list-style-type: none"> • Clarificar as quatro dimensões da sexualidade; • Descrever comportamentos de risco;
<ul style="list-style-type: none"> • Informar acerca dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva; 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicar os recursos da comunidade na área da sexualidade; • Definir os objectivos e actividades de uma consulta de PF; • Evidenciar papel do profissional de saúde na Consulta de PF;
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender a importância da contracepção na prevenção de comportamentos de risco; 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular competências responsáveis sobre a contracepção; • Informar acerca dos métodos contraceptivos mais adequados à adolescência; • Explicar vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos; • Evidenciar consequências da gravidez na adolescência; • Definir IST's; • Identificar meios de transmissão; • Explicar formas de prevenção.

FASES TEMPO	CONTEÚDO	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AValiação
INTRODUÇÃO 20 MIN	Apresentação da acção de formação; Referência aos conteúdos que irão ser abordados; Motivação para o tema; Visualização de um filme “Sexualidade Saudável”.	Método Expositivo (Técnica de Exposição)	Projectáveis: Computador e projector.	Formativa
DESENVOLVIMENTO 55 MIN	Contextualização da sexualidade na adolescência; Identificação dos riscos de	Método Expositivo (Técnica de	Projectáveis: Computador e projector.	Formativa

CONCLUSÃO 15 MIN	uma relação sexual desprotegida; Consequências da gravidez na adolescência; Informação dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva; Importância dos métodos contraceptivos; Identificação de IST's e meios de transmissão.	Exposição) Método Exploratório (Técnica interactiva e explorativa)		
	Resumo dos conteúdos apresentados; Realização da actividade “Mito ou Realidade”; Avaliação da acção de formação através de questionário; Distribuição de panfletos dos recursos existentes na comunidade na área da sexualidade.	Método Expositivo (Técnica de Exposição) Método Exploratório (Técnica interactiva e explorativa)	Projectáveis: Computador e projector.	Somativa



7. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

A aplicação de um pré-teste no sentido de realizar uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente ao tema foi realizada previamente à nossa acção de educação para a saúde. Este foi entregue por um professor na sala de aula e a sua resposta foi de forma anónima e voluntária.

Ao longo da formação, a avaliação formativa irá fornecer-nos dados sobre o decorrer da formação, nomeadamente a necessidade de incidir mais em algum conteúdo e, no final, a avaliação somativa.

De forma a proceder à avaliação da acção de formação, aplicamos um questionário semelhante ao inicial com o objectivo de compreender se a informação foi assimilada.



8. CONCLUSÃO

A vivência da sexualidade na adolescência torna-se mais marcante e evidente, encontrando-se relacionada com o normal desenvolvimento físico do adolescente em associação com influências psicológicas, socio-culturais e religiosas / éticas. O jovem vive de modo intenso a sua sexualidade e assume uma série de comportamentos de risco daí a importância da prevenção na adolescência.

É aqui importante o primordial papel da educação para a saúde já que esta assume “... a maior importância na actualidade portuguesa...” já que somos um país que possui uma “... elevada prevalência de IST, com destaque para a infecção pelo VIH, a patologia do colo do útero; onde a taxa de gravidez adolescente, sobretudo nas idades mais jovens, continua elevada e constitui um factor de risco psicossocial a ter em conta; e onde as primeiras relações sexuais ocorrem, muitas vezes, após a utilização de álcool ou drogas, não raro associadas a outros comportamentos de risco,...”. (Sampaio et al, 2007)

Neste contexto, a escola é um palco excelente para promover a mudança e adopção de comportamentos saudáveis.

A elaboração deste planeamento permitiu a estruturação da acção de formação que nos propomos desenvolver e é da nossa convicção que será de extrema importância para a concretização dos objectivos traçados.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✦ Amin Z. Overview of teaching and learning methods. Em: Basics in Medical Education. World Scientific Publishing Co, Singapura: 2003; 99-103;
- ✦ Bóia, Helena. O Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos jovens adultos. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde. Porto, 2008;
- ✦ Camargo, Elisana; Ferrari, Rosângela. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Brasil, 2008;
- ✦ Carvalho, Amâncio; Carvalho, Graça. Educação para a Saúde em Cuidados de Saúde Primários: Diagnóstico das dificuldades e necessidades de formação. 2002;
- ✦ Collins, J. (2004). Education Techniques for Lifelong Learning – Principles of Adult Learning; Radiographics 24:1483-1489. Disponível em: <http://radiographics.rsna.org/cgi/reprint/24/5/1483>;
- ✦ Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008. 1ª Edição. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009;
- ✦ Dehne, Karl; Riedner, Gabriele. Sexually Transmitted Infections Among Adolescents – The Need For Adequate Health Services. Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), World Health Organization. ISBN 92 4 156288 9. 2005;
- ✦ Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho. Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da Saúde, 2006;
- ✦ Diniz, José; Albergaria, Margarida; Guerreiro, Cristina. Relatório – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Subcomissão para Análise dos Manuais de Educação Sexual, 2007;
- ✦ Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78;
- ✦ Lei n.º 60 / 2009 de 6 de Agosto (1ª série) . Publicada em Diário da República n.º 151. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, 2009;
- ✦ Marreiros, Maria. Relações Sexuais Precoces E Comportamentos De Risco Nos Adolescentes. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, 2002;
- ✦ Martins, Maria. Um Olhar Sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: O Passado, o presente, que futuro?. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, 2004;

- ✦ Matos, M.; Simões, C.; Tomé, G.; Silva, M.; Gaspar, T.; Diniz, J.; Equipa do Projecto Aventura Social. Indicadores De Saúde Dos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar HBSC 2006. Aventura Social & Saúde. Lisboa, 2006;
- ✦ Oliveira, Carlos. “Saúde e Sexualidade na Adolescência”. Formação Pedagógica Inicial de Formadores – Proposta Intervenção Pedagógica. Figueira da Foz, 2008;
- ✦ Organização Mundial de Saúde et al. Planejamento Familiar - Um Manual Global Para Profissionais E Serviços De Saúde, 2007;
- ✦ Organización Mundial de la Salud. Capacitacion para Orientar Adolescentes en Sexualidad y Salud Reproductiva – Guia para los Facilitadores. Suiza, 1993;
- ✦ Protocolo Entre O Ministério Da Educação E O Ministério Da Saúde, Lisboa, 2006;
- ✦ Renaud, Michel. A Sexualidade Humana – Reflexão Ética. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1999;
- ✦ Ross, David; Dick, Bruce; Ferguson, Jane. Preventing HIV / AIDS in Young People – A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries. World Health Organization, 2006;
- ✦ Sampaio, Daniel; Baptista, Maria; Matos, Margarida; Silva, Miguel. Relatório Final – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa, 2007;
- ✦ Tavares, A. (1992). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (2ª edição). Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.

ANEXOS

ANEXO I

(Apresentação
“Sexualidade Saudável”)



SEXUALIDADE AUDÁVEL



PATRÍCIA MENDES | SANDRA CASTRO | VANESSA FERNANDES
Sob orientação de: Enfermeira Alexandra Correia e Enfermeira Graça Fonseca

Sexualidade ♀♂



“SEXUALIDADE é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. Ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.”

OMS - Organização Mundial de Saúde

Sexualidade



**DIMENSÃO
RELIGIOSA E ÉTICA**

**DIMENSÃO
PSICOLÓGICA**

**DIMENSÃO
SÓCIO-CULTURAL**

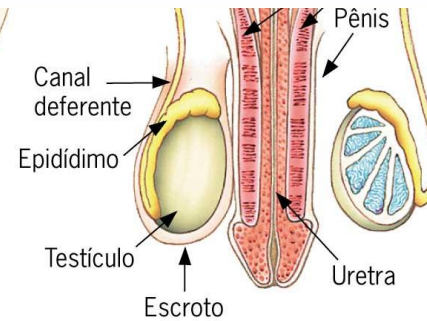
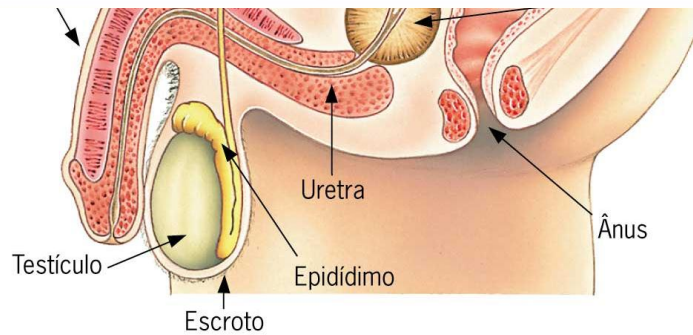
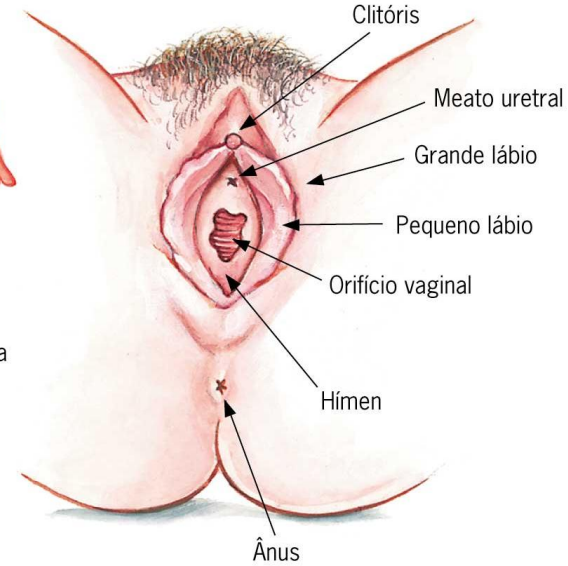
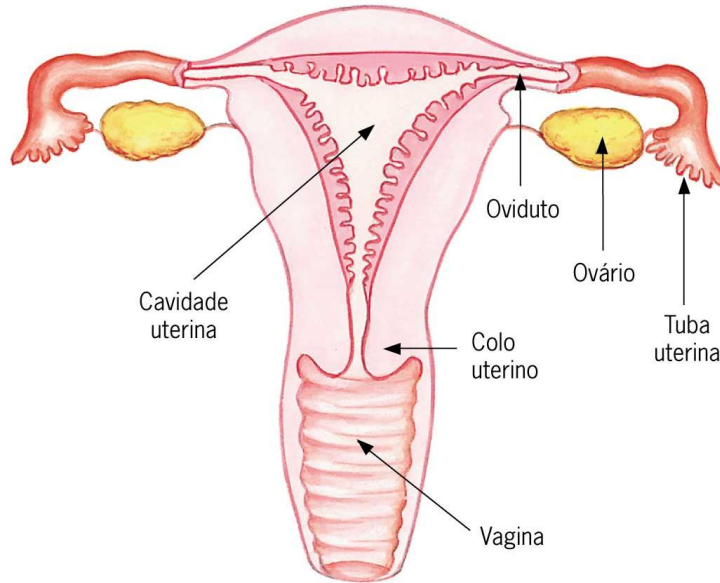
**DIMENSÃO
BIO-FISIOLÓGICA**

PUBERDADE

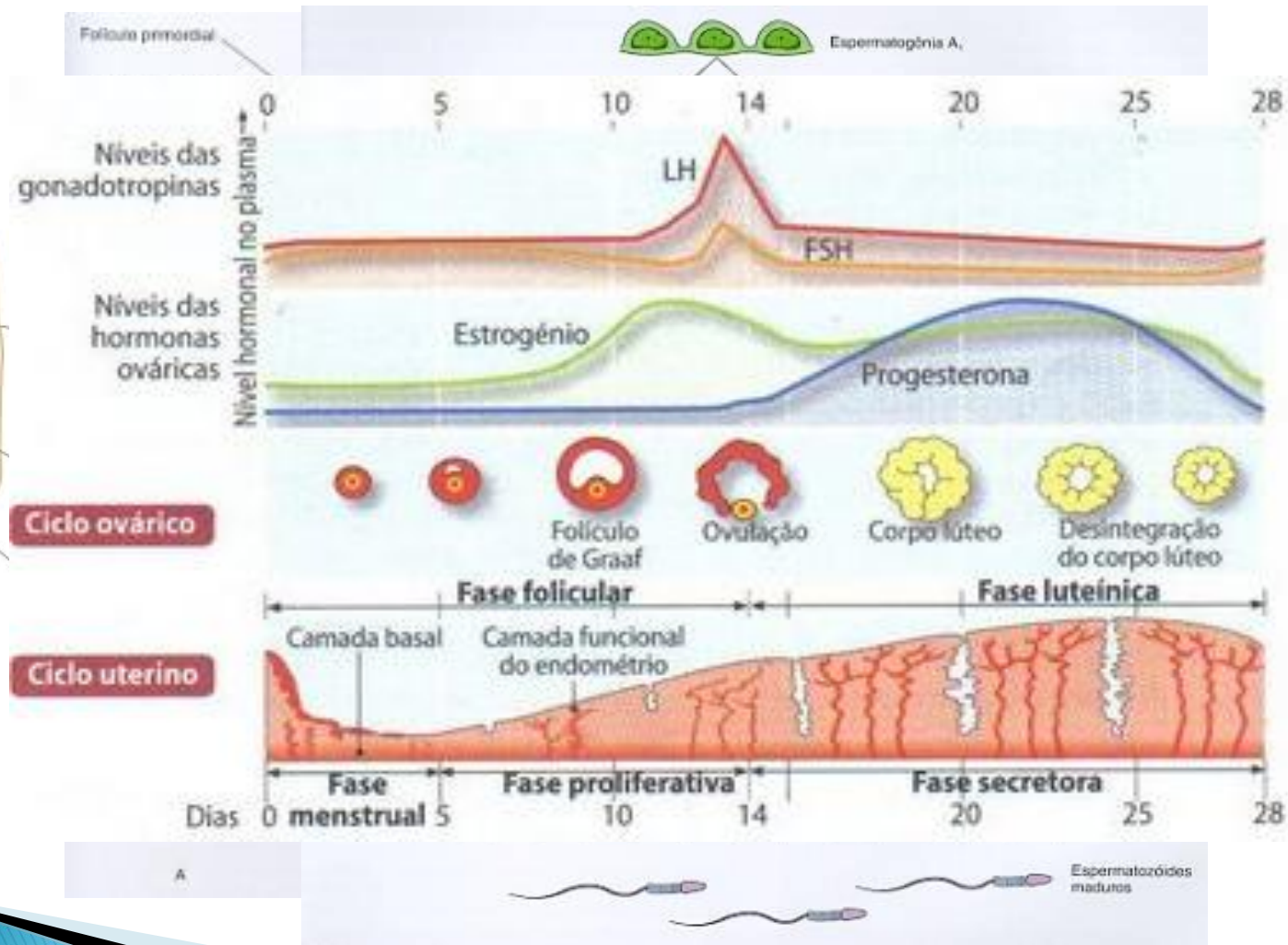
- ▶ Aparecimento dos Caracteres sexuais secundários
- ▶ Maturação sexual
 - menarca
 - 1ª ejaculação



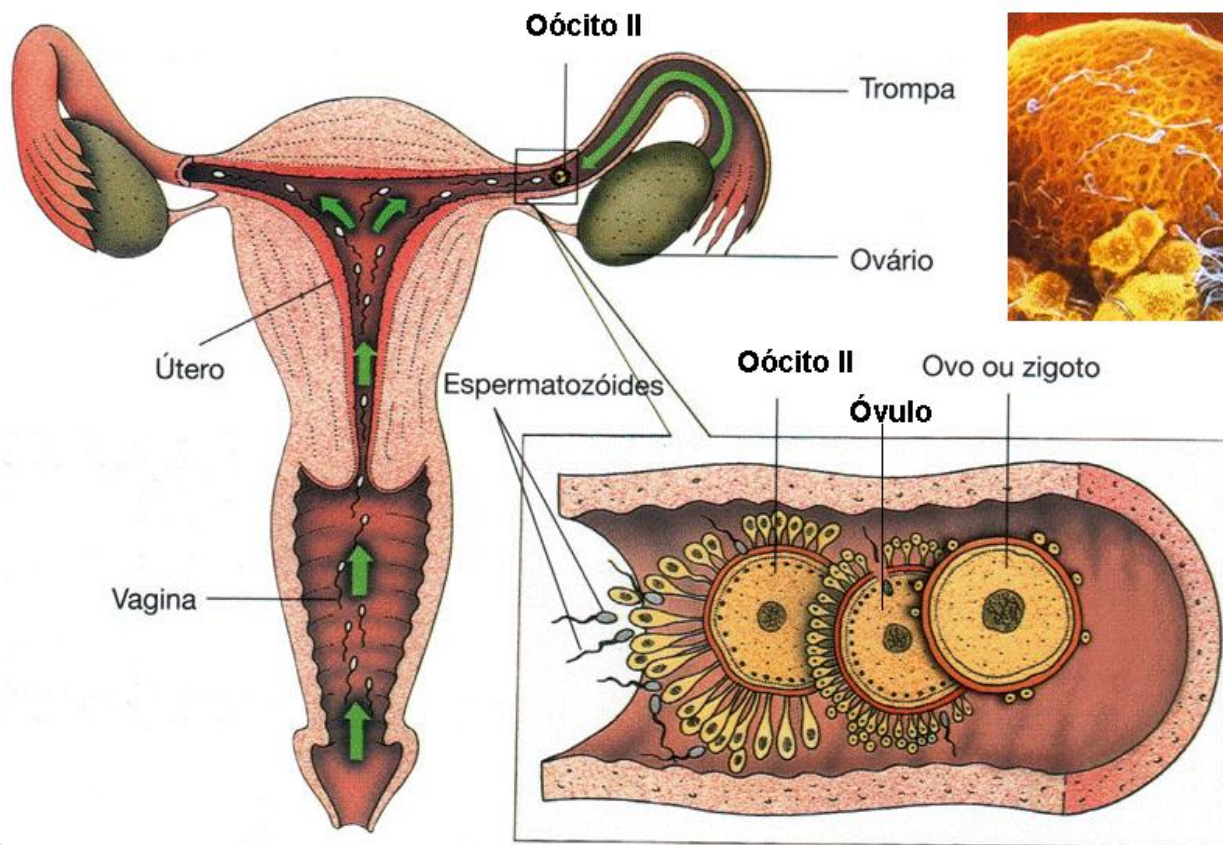
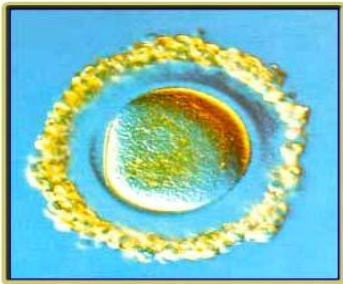
Sexualidade ♀♂



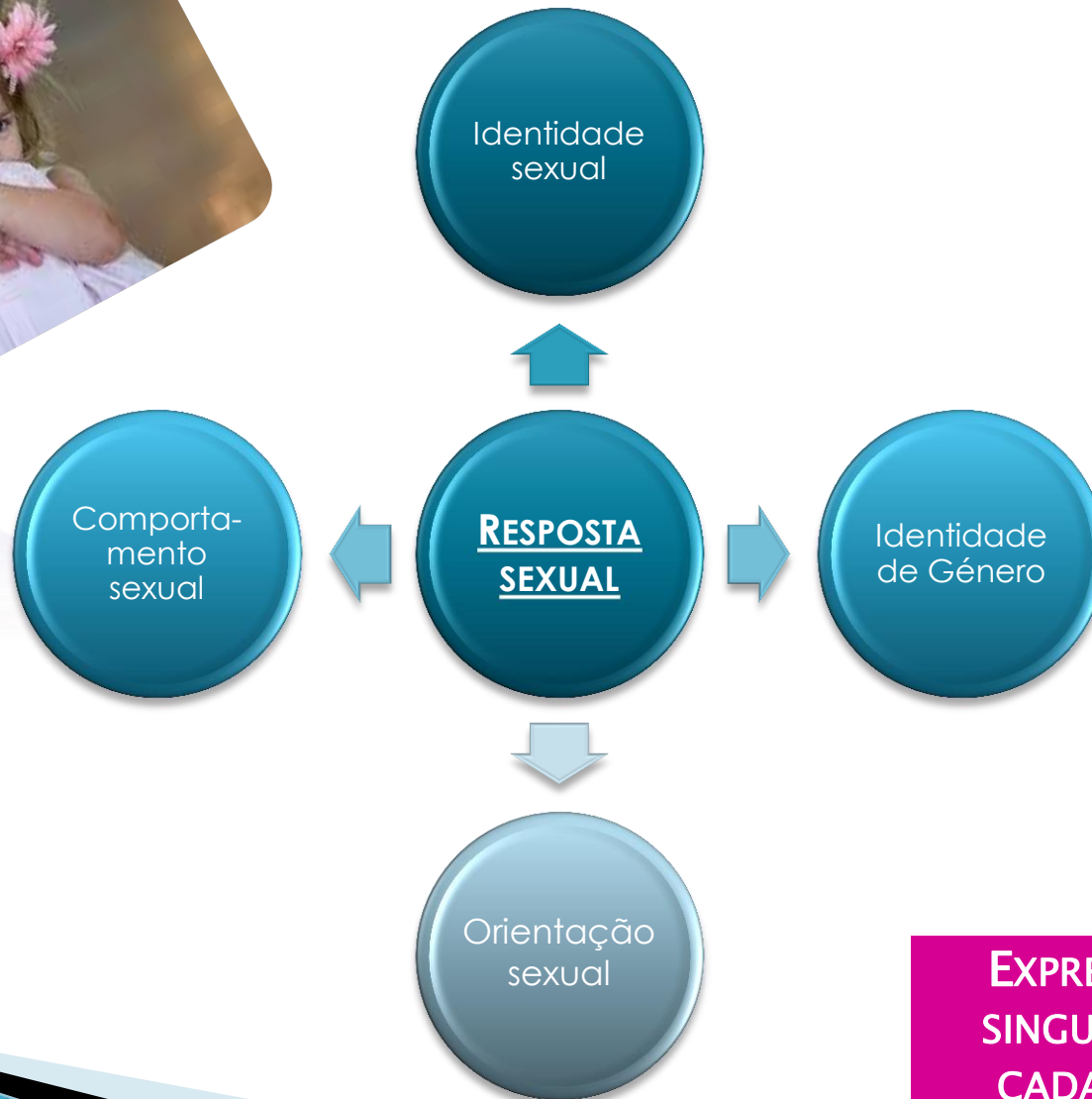
Sexualidade ♀♂



FECUNDAÇÃO



Sexualidade



EXPRESSA-SE COM SINGULARIDADE EM CADA INDIVÍDUO!

Sexualidade ♀♂

Afectos

Responsabilidade

Emoções

Pensamentos

Sentimentos

Desejos

Cumplicidade

Partilha

Amor

Liberdade



Para uma vivência sexual autónoma, responsável e gratificante

Riscos do início da actividade sexual sem protecção



Gravidez não desejada

Infecções sexualmente transmissíveis
(IST's)

Sexualidade



A **ESCOLHA** de um contraceptivo vai depender da tua situação pessoal e por isso exige aconselhamento por um profissional de saúde.

É o mais conveniente e eficaz?

Está adequado ao meu estilo de vida?

É reversível?

É um método acessível?

Existem riscos para a saúde?



PARA UMA DECISÃO LIVRE E INFORMADA...

CENTRO DE SAÚDE SRA. HORA

Consulta de Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar

Consulta de Saúde Juvenil



HORÁRIO

Médico e
Enfermeiro de família

CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

- ▶ Informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução;
- ▶ Facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos;
- ▶ Fornecer, gratuitamente, os contraceptivos;
- ▶ Proceder ao acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido;
- ▶ Elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada;
- ▶ Efectuar a prevenção, diagnóstico e tratamento das ITS;
- ▶ Efectuar o rastreio do cancro do colo do útero e da mama;
- ▶ Promover a adopção de estilos de vida saudáveis.





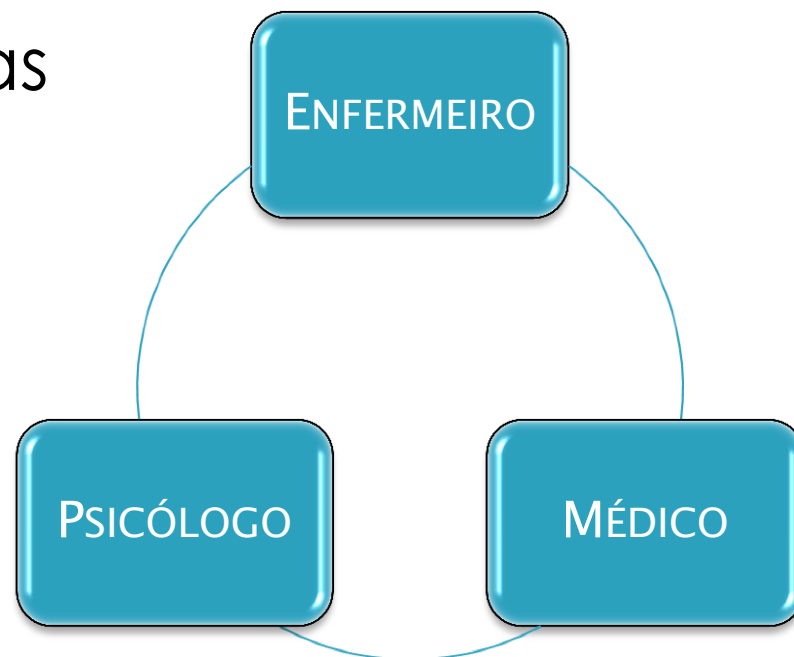
Sexualidade ♀♂

▶ CAJ MATOSINHOS

Segundas e Quintas
Das 16 às 19h

▶ CAJ S. MAMEDE

Quartas
Das 16 às 19h



ANÓNIMO | CONFIDENCIAL | GRATUITO

▶ LINHAS TELEFÓNICAS DE APOIO



SEXUALIDADE EM LINHA

LINHA OPÇÕES (LINHA DE APOIO E INFORMAÇÃO SOBRE GRAVIDEZ NÃO DESEJADA)

ILGA (LINHA DE APOIO E INFORMAÇÃO SOBRE HOMOSSEXUALIDADE)

LINHA SIDA, SOS SIDA

LINHA SAÚDE 24

▶ INTERNET

www.apf.pt

www.juventude.gov.pt

www.enfermeiroonline.no.comunidades.net

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Sexualidade



MÉTODOS HORMONAIS



Sexualidade ♀♂

- ▶ **A PÍLULA** é um método que, através da acção hormonal, inibe a ovulação evitando a gravidez.
- ▶ É constituída por hormonas sexuais sintéticas:
contraceptivo oral combinado - COC
(estrogénio – progestagénio) e progestativo oral – POC (progestagénio).

**EFICÁCIA: 0,1 a 1 gravidezes ano / 100 mulheres
(99-99.9%)**



Vantagens

- ▶ Não interfere na relação sexual ;
- ▶ Pode regularizar os ciclos menstruais ;
- ▶ Melhora a tensão pré-menstrual e a dismenorreia ;
- ▶ Não afecta a fertilidade ;
- ▶ Diminui o risco de doença inflamatória pélvica ;
- ▶ Reduz em 50% o risco de cancro do ovário e do endométrio.
- ▶ Diminui a incidência de quistos funcionais do ovário e a doença poliquística .

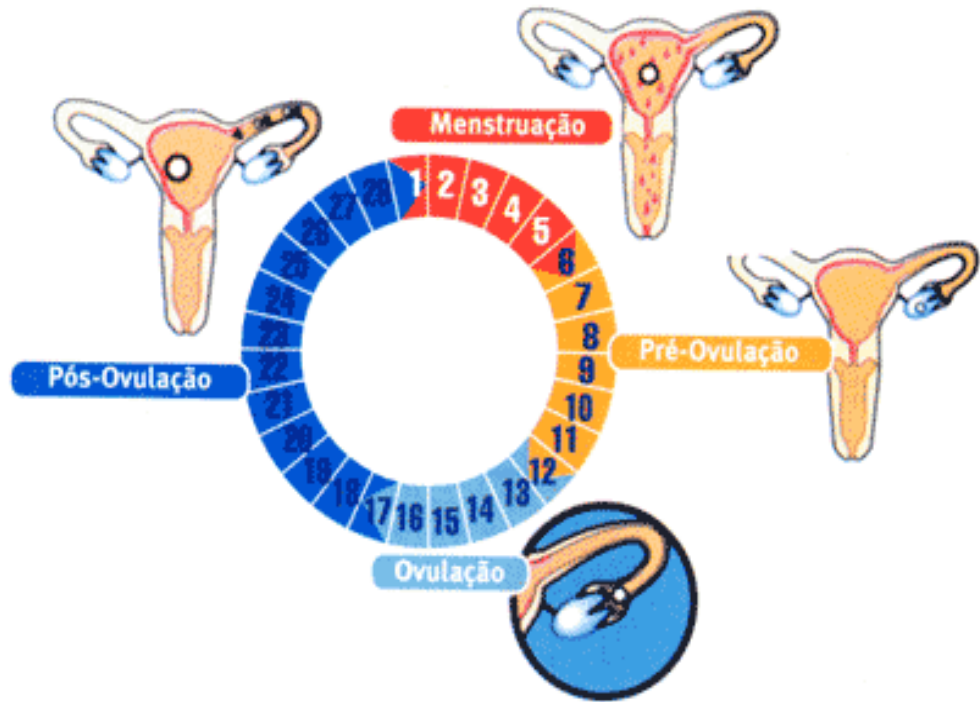


Desvantagens

- ▶ Não previne contra as IST's;
- ▶ Exige o compromisso diário, isto é, uma utilização correcta e regular.

Precauções

- ▶ Esquecimento
- ▶ Vômitos
- ▶ Diarreia
- ▶ Associação com outros medicamentos





- ▶ **O ANEL VAGINAL** é um método contraceptivo hormonal feito de plástico transparente e flexível;
- ▶ É colocado pela própria mulher na vagina e deve ser mantido durante 21 dias;
 - ▶ Colocar novo anel após 7 dias.

EFICÁCIA: 0,4 a 1,2 gravidezes ano / 100 mulheres (98,8–99.6%)

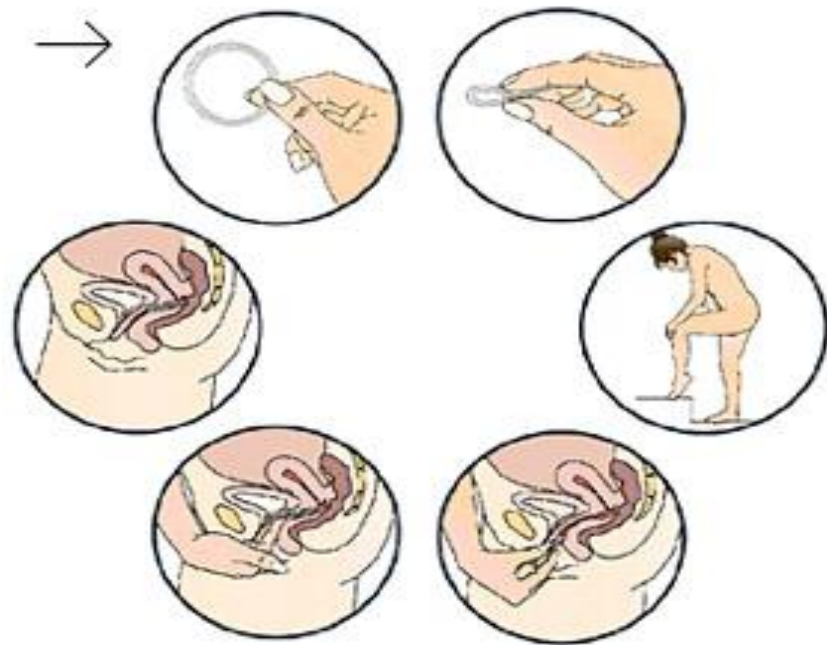


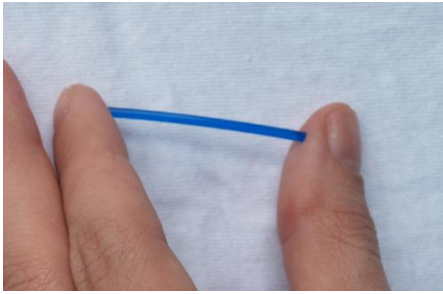
Vantagens

- ▶ Não interfere no acto sexual;
- ▶ É um método reversível;
- ▶ Propensão para períodos mais curtos e regulares;
- ▶ Retorno rápido aos níveis de fertilidade anteriores à utilização do anel;
- ▶ Protecção contra os cancros do ovário e do colo do útero;
- ▶ Previne também o aparecimento de quistos nos ovários.

Desvantagens

- ▶ Não previne contra as IST's;
- ▶ Pode haver perda ou aumento de peso;
- ▶ Podem provocar irritação vaginal.





▶ O IMPLANTE

é um método contraceptivo hormonal de longa duração;

- ▶ A sua inserção é feita no antebraço por um profissional especializado. É um procedimento simples e é necessário o uso de anestesia local;
- ▶ O seu efeito pode prolongar-se 3 a 5 anos.

EFICÁCIA: 0 a 0,07 gravidezes por ano / 100 mulheres (99,3–100%)



MÉTODO BARREIRA



▶ **O PRESERVATIVO** é o único método contraceptivo, que protege contra as infecções sexualmente transmissíveis e ao mesmo tempo previne a gravidez.

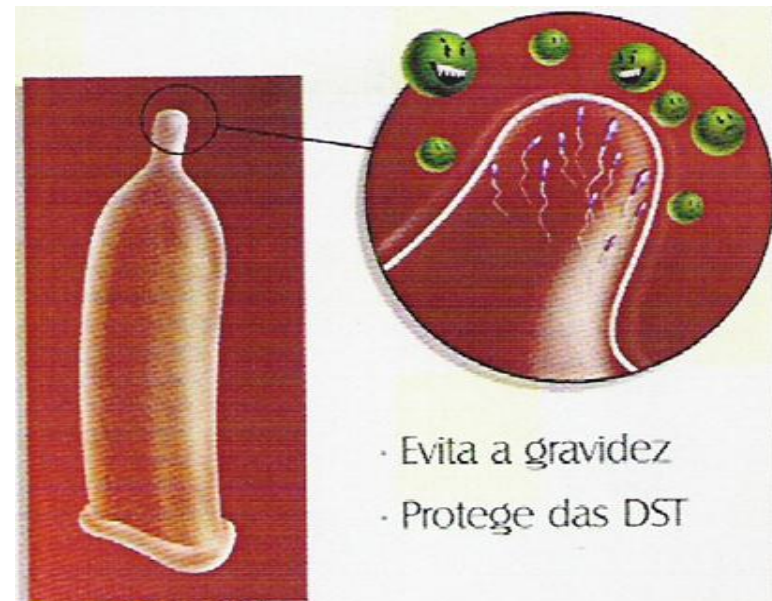


EFICÁCIA: 5 a 10 gravidezes ano / 100 mulheres (90-95%)



Vantagens

- ▶ Protege das IST's e da gravidez não desejada;
- ▶ Não necessita de acompanhamento médico;
- ▶ Pode contribuir para minorar situações de ejaculação precoce;
- ▶ Ausência de efeitos secundários graves ou contra-indicações.



Desvantagens

- ▶ Podem surgir reacções alérgicas;
- ▶ Pode romper-se.





CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

- Comprimidos constituídos por combinações de doses elevadas de hormonas sexuais sintéticas (estrogénio e progesterona);
- A “pílula do dia seguinte” **NÃO É MÉTODO CONTRACEPTIVO**, só deve ser usada em situações de emergência (até 72h após a relação sexual, tendo maior eficácia nas primeiras 24h);
- NÃO É ABORTIVA.



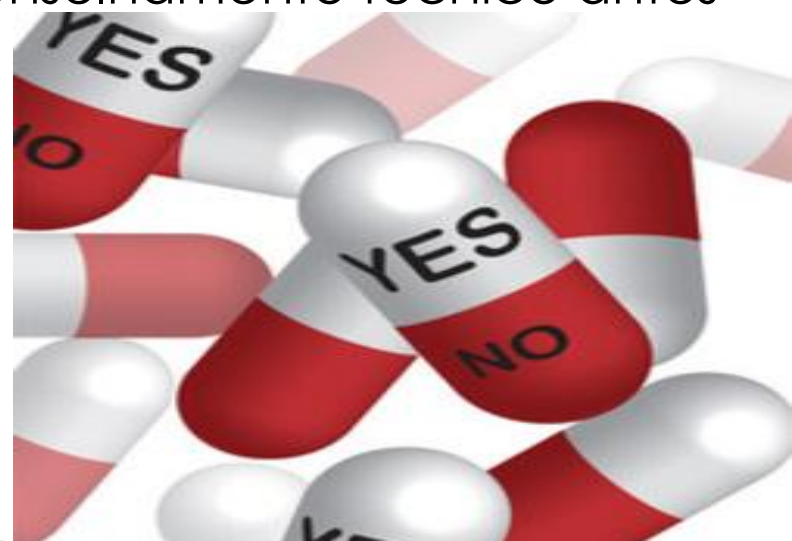


"Continental breakfast, Daily Telegraph and morning after pill."



Considerações importantes

- ▶ Não protege contra as IST's;
- ▶ Não afecta a fertilidade;
- ▶ Pode ser adquirida gratuitamente nos Centros de Saúde e hospitais;
- ▶ Existem marcas de venda livre nas farmácias;
- ▶ É recomendável que se procure aconselhamento técnico antes ou após a sua utilização;
- ▶ Pode causar náuseas ou vômitos.



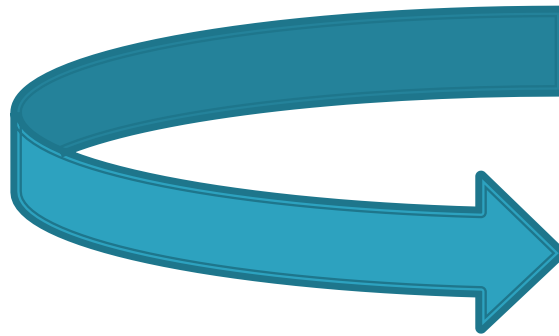


INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST's)



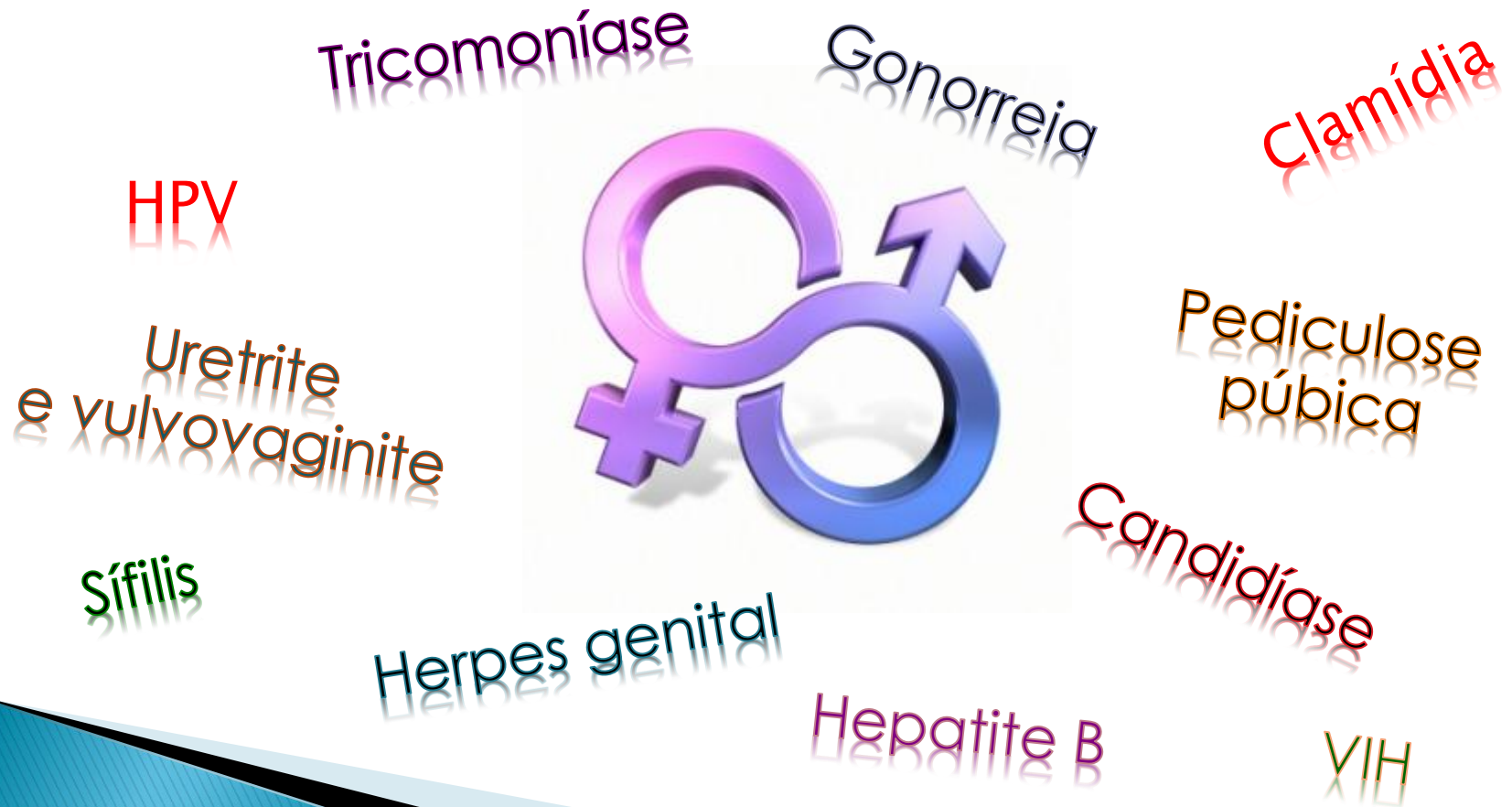
Como se transmitem ?

- Mãe para filho (gravidez e durante o parto)
- Contactos sexuais com vários parceiros
- Relações sexuais sem uso de preservativo



Esperma
Secreções vaginais
Sangue

IST's mais frequentes



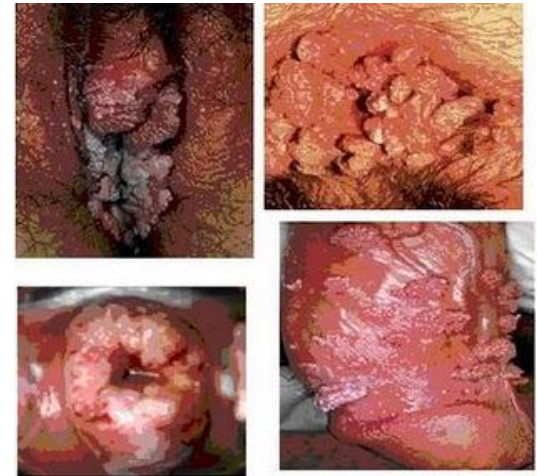
Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Existem mais de 100 tipos de HPV.

Pode causar:



- Condilomas
- Verrugas genitais
- Cancro do colo do útero



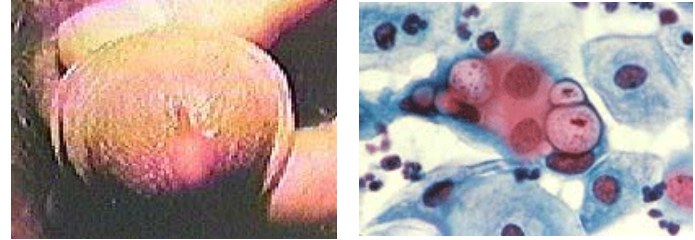
Factores de risco:



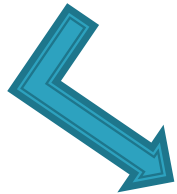
- Relações sexuais muito precoces
- Elevado nº de parceiros
- Tabagismo

**A vacina está
contemplada no
Programa Nacional
de Vacinação.**

Clamídia



- ▶ Infecção causada pela bactéria Chlamydia Trachomatis
- ▶ Sintomas:



Mulher: Dor pélvica

Corrimento vaginal mucopurulento

Dor a urinar e na relação sexual

Homem: Eritema e dor à palpação do meato

Prurido

Ardor ou dor ao urinar

Corrimento uretral

**Infecções repetidas podem
causar
Doença Inflamatória Pélvica
Esterilidade**

VIH – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)

Sintomas tardios:



Anemia
Febre
Perda de peso
Alterações imunitárias



Transmissão:



Sangue
Esperma
Secreções vaginais
Via placentária /Leite materno

Infecções generalizadas
Morte





**Mito
ou
realidade**

1

MITO

O coito interrompido é um
método contraceptivo eficaz!

2

Nunca se pode engravidar na primeira relação sexual.

MITO

3

Qualquer pessoa pode estar infectada com uma IST.

REALIDADE

4

Não se pode engravidar no período menstrual.

MITO

The image features three red lollipops arranged diagonally from the top left towards the bottom right. Each lollipop's candy is a 50 Euro banknote, showing the portrait of Queen Elizabeth II. The lollipops are tied with red ribbons that form bows. The background is a plain, light color.

**DECIDE
O TEU FUTURO,
ESCOLHE A VIDA!**

ANEXO II

(Questionário Inicial)

QUESTIONÁRIO

Somos um grupo de enfermeiras do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, a desenvolver um Estágio de Saúde Infantil e Pediatria na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Senhora da Hora

No âmbito da Saúde Escolar, foi-nos proposta a realização de uma Acção de Educação para a Saúde, subordinada ao tema Sexualidade. Este questionário tem como objectivo fazer o levantamento das vossas dúvidas e necessidades de informação, para que esta acção corresponda às vossas expectativas.

O questionário é anónimo e de fácil resposta, pelo que agradecemos a vossa colaboração.

GRUPO I

1. Género:

- a. Feminino b. Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Área de Estudo: _____

4. Consideras importante usar um método contraceptivo numa relação sexual?

- a. Sim b. Não

4.1. Se sim, qual ou quais ? _____

5. A quem, na tua opinião, se deve recorrer para pedir aconselhamento acerca do método contraceptivo?

- a. Centro de saúde
- b. Consulta privada (ginecologista)
- c. Pais
- d. Amigos
- e. Outros
- f. Centro de Atendimento e Jovens (CAJ)

6. O que fazes quando tens necessidade de esclarecer alguma dúvida ou tomar uma decisão relacionada com a sexualidade? Assinala as opções que achares adequadas.

- a. Falas com os teus pais
- b. Falas com os teus irmãos
- c. Falas com os teus amigos
- d. Consultas um profissional de saúde
- e. Consultas a internet
- f. Consultas livros da especialidade
- g. Outro

7. Sabes quais os riscos de uma relação sexual não protegida?

- a. Sim
- b. Não

Se respondeste sim, refere qual ou quais: _____

8. Quais dos seguintes temas gostarias de ver abordados na sessão, de um modo mais específico?

- a. IST's
- b. Sistema Reprodutor
- c. Métodos contraceptivos
- d. Orientação Sexual
- e. A primeira vez...
- f. Recursos disponíveis na comunidade
- g. Gravidez na adolescência
- h. Afectividade
- i. Outro _____

GRUPO II

1. Das seguintes afirmações assinala a(s) que associas à sexualidade.

- a. A sexualidade expressa-se em várias dimensões, sendo a bio-fisiológica a mais importante.
- b. A sexualidade está intimamente ligada à estruturação do auto-conceito, da auto-estima e da concretização de um projecto de vida.
- c. Sexualidade é sinónimo de sexo.
- d. O comportamento sexual humano representa a forma mais profunda e completa de contacto e comunicação amorosa entre seres humanos, independentemente do seu género.
- e. A sexualidade implica ternura e intimidade.

2. Na tua opinião, quais os objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar? (assinala verdadeiro (V) ou Falso (F))

- a. Fornecer métodos contraceptivos.
- b. Permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer.
- c. Aconselhar a tua orientação sexual.

3. Das seguintes afirmações, assinala as que são Verdadeiras (V) ou Falsas (F).

- a. A pílula permite prevenir uma gravidez não desejada.
- b. A pílula permite prevenir infeções sexualmente transmissíveis (IST's).
- c. O preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada.
- d. O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual.
- e. O coito interrompido é uma forma eficaz de evitar uma gravidez.
- f. A vacina do Vírus do Papiloma Humano (HPV) está contemplada no Programa Nacional de Vacinação para o sexo masculino.
- g. O elevado número de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST.

- h. Pode-se contrair o VIH através de relações sexuais, sem preservativo, com uma pessoa infectada.
- i. Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA.
- j. É um risco abraçar uma pessoa com SIDA.
- k. Quando se está infectado com VIH é para o resto da vida.
- l. Pode-se contrair o VIH através da comida e talheres.
- m. As pessoas infectadas com VIH podem afectar outros através do seu sangue.
- n. Em Portugal, não existem gabinetes de apoio à sexualidade, nem centros de apoio a jovens.

4. A Contraceção de emergência: (escolhe a alínea verdadeira)

- a. Só pode ser utilizada até 48 horas após a relação sexual desprotegida, ou se o método anticoncepcional usado falhar;
- b. É abortiva;
- c. É um método contraceptivo eficaz;
- d. Está disponível no Centro de Saúde, na farmácia e nos Centros de Apoio a Jovens.

5. Das seguintes afirmações, assinala a que na tua opinião define IST's:

- a. São doenças contagiosas, cuja forma de transmissão é através das relações sexuais protegidas.
- b. Doenças que se transmitem através de inalação de partículas presentes no meio ambiente.
- c. Infecções que podem ser transmitidas, através de partilha de fluidos corporais (sangue, sémen, fluidos vaginais).

6. Das seguintes alíneas indica qual (ais) a(s) que consideras IST's:

- | | | |
|------------------------|---------------------------|--------------|
| a. Sífilis | b. Candidíase | c. Gonorreia |
| d. Hepatite B | e. SIDA | f. HPV |
| g. Todas as anteriores | h. Nenhuma das anteriores | |

ANEXO III

(Questionário Final)

I. Das seguintes afirmações, assinala as que são Verdadeiras (V) ou Falsas (F).

A pílula permite prevenir uma gravidez não desejada.	
A pílula permite prevenir infecções sexualmente transmissíveis (IST's).	
O preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada.	
O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual.	
O coito interrompido é uma forma eficaz de evitar uma gravidez.	
A Contracepção de emergência só pode ser utilizada até 48 horas após a relação sexual desprotegida, ou se o método anticoncepcional usado falhar.	
A Contracepção de emergência encontra-se disponível no Centro de Saúde, nas farmácias e nos Centros de Apoio a Jovens.	
A Contracepção de emergência é um método contraceptivo eficaz.	
A vacina do Vírus do Papiloma Humano (HPV) está contemplada no Programa Nacional de Vacinação para o sexo masculino.	
O elevado número de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST.	
As IST's são doenças contagiosas, cuja forma de transmissão é através das relações sexuais protegidas.	
Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA.	
Um dos objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar é o fornecimento de métodos contraceptivos.	
Um dos objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar é permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer.	

2. Por favor, indica com um X no quadrado que mais se adequa à tua resposta, segundo a legenda: (1) Nada adequada; (2) Pouco adequada; (3) Adequada; (4) Bastante adequada; (5) Muito adequada.

	1	2	3	4	5
A duração da sessão foi:					
A profundidade dos conteúdos foi:					
A clareza da apresentação da acção de educação para a saúde foi:					
Os conteúdos abordados na acção de educação para a saúde foram:					
A informação transmitida foi:					
No global acha que esta acção de educação para a saúde foi:					

ANEXO IV

(Panfleto: recursos da comunidade
na área da Sexualidade)

*Profissionais a quem
podes recorrer*

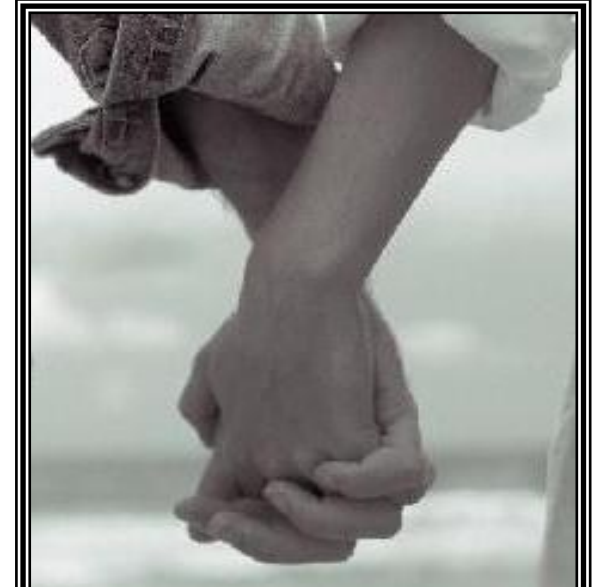
Apoio Técnico:

Enfermeiros

Médicos

Assistente social

Psicóloga



**Sexualidade
Responsável**

Informa-te

Proteje-te

Elaborado por:
Grupo de Enfermeiros de Saúde Escolar e Promoção
da Saúde da ULS Matosinhos

Contactos úteis

APF (Associação para Planeamento da Família) – Porto

Rua Arnaldo Gama, nº 64 - 2º

4000 - 049 Porto

Tel.: 222 085 869

E-mail: apfnorte@clix.pt



CAD Centro de Aconselhamento e Detecção precoce do VIH/SIDA – Porto

Rua da Constituição nº 1656

4250 - 208 Porto

Tel.: 228 317 518

E-mail: cadporto@srsporto.min-saude.pt

Horário: 2ª e 4ª das 14h às 20h

5ª das 8.30h às 20h

3ª e 6ª das 8.30h às 14h

CAJ

(Centros de Atendimento a Jovens)

Maternidade Júlio Dinis

Lg Maternidade Júlio Dinis

4050 - 371 Porto

Tel.: 226 063 137

Horário: 2ª, 4ª e 5ª das 13h às 16h

3ª das 9h às 13h

6ª das 13:30h às 15:30h



Casa da Juventude de Matosinhos

Av. D. Afonso Henriques, 487

4450-014 Matosinhos

Tel.: 229 398 090

Horário: 2ª e 5ª das 16h às 19.30h

Casa da Juventude de Santa Cruz do Bispo

Rua do Chouso 277– 301

4455-803 Santa Cruz do Bispo

Horário: 6ª das 16h às 19:30

Casa da Juventude de S. Mamede de Infesta

Rua Silva Brinco, Nº 95

4465-266 SMI

Horário: 4ª das 16h às 19:00

Internet

www.apf.pt

www.juventude.gov.pt

www.enfermeiroonline.no.comunidades.net

Linha SIDA – 800 266 666

Horário: 2ª a 6ª das 10h às 20h

Sábado das 14h às 20h

“Sexualidade em linha” – 800 222 003

E-mail: sexualidade@ipj.pt

Horário: 2ª a 6ª das 12h às 19h

Sábado das 10h às 17h

“Linha da sexualidade segura”

800 202 120

Atendimento 24h

Sexualidade em atendimento (APF Porto)

222 001 798

Centro de Saúde

Consulta de Planeamento Familiar

Centro de Saúde de Matosinhos

Tel: 22 0914600

Centro de Saúde da Senhora da Hora

Tel: 22 9568500

Centro de Saúde de S Mamede Infesta

Tel: 22 9051400

Centro de Saúde de Leça da Palmeira

Tel: 22 9980000

ANEXO VII

(AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A
SAÚDE : “SEXUALIDADE SAUDÁVEL”)



Avaliação da Acção de Educação para a Saúde

“Sexualidade Saudável”



Patrícia Mendes | Sandra Ferreira | Vanessa Fernandes

Novembro 2010

Avaliação da Acção de Educação para a Saúde: Sexualidade Saudável

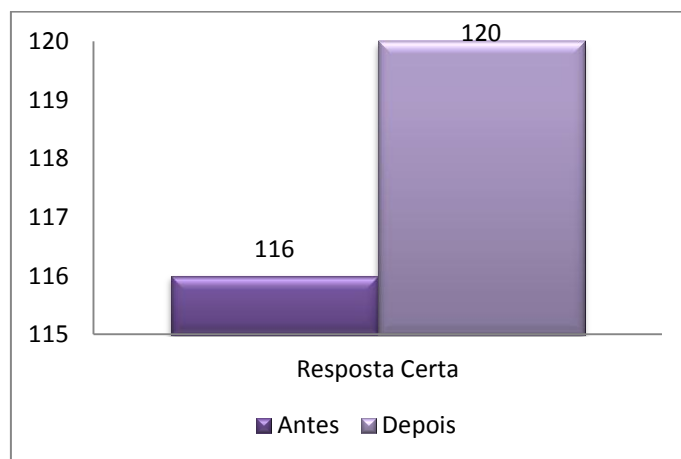
GRUPO I

(Avaliação de conhecimentos)

A avaliação constitui um momento de grande importância, de forma a corrigir ou melhorar comportamentos e técnicas de formação, para um maior sucesso. Tendo a sessão decorrido de acordo com o seu planeamento, segue-se a apresentação dos indicadores concebidos.

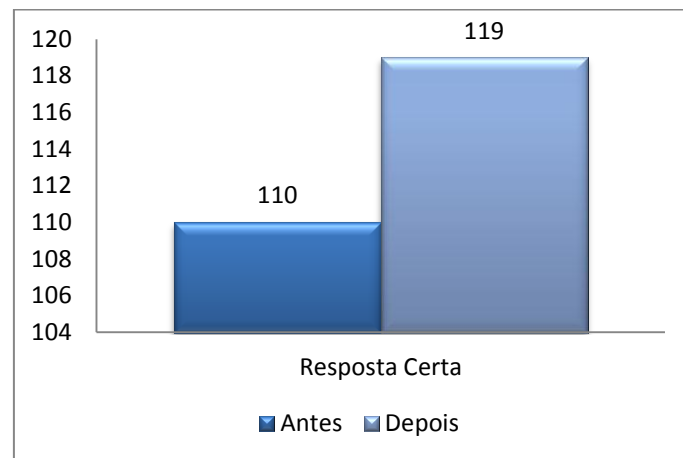
O indicador de actividade que estabelecemos para a avaliação dos conhecimentos dos alunos foi o nº de respostas certas pelo nº total de alunos (120) em comparação com o questionário inicialmente distribuído na escola de forma anónima e voluntária. Primeiramente este valor foi de 82% e no final da acção de educação para a saúde foi de 95%.

I – A pílula permite prevenir uma gravidez não desejada:



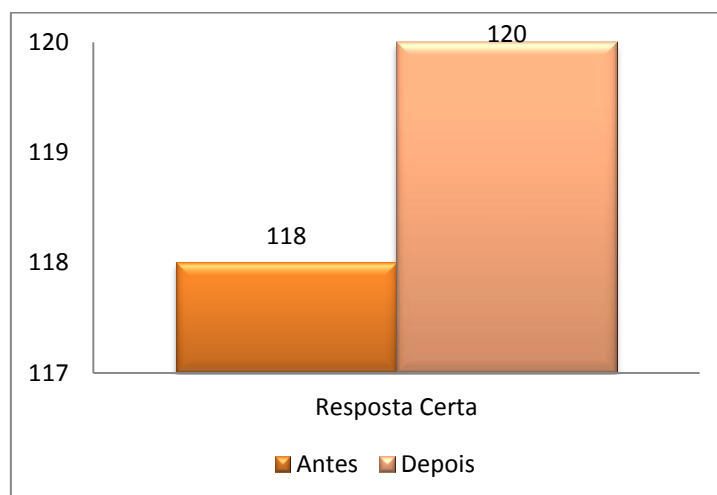
Comentário: Previamente à sessão 97% dos alunos acertaram na resposta e posteriormente todos (100%) consideraram que a pílula permite prevenir uma gravidez não desejada.

2 – A pílula permite prevenir infeções sexualmente transmissíveis (IST's):



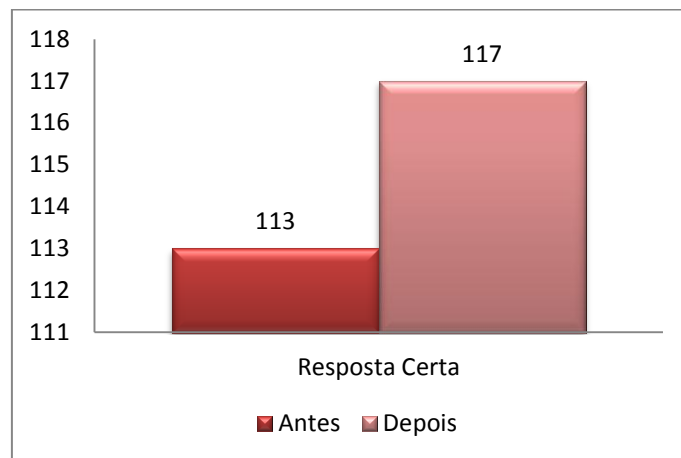
Comentário: Antecipadamente à sessão 92% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 99% destes considerou que a pílula não permite prevenir IST's.

3 – O preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada:



Comentário: Antes da acção de educação para a saúde 98% dos estudantes considerou que o preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada e após a sessão todos (100%) o consideraram respondendo acertadamente.

4 – O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual:



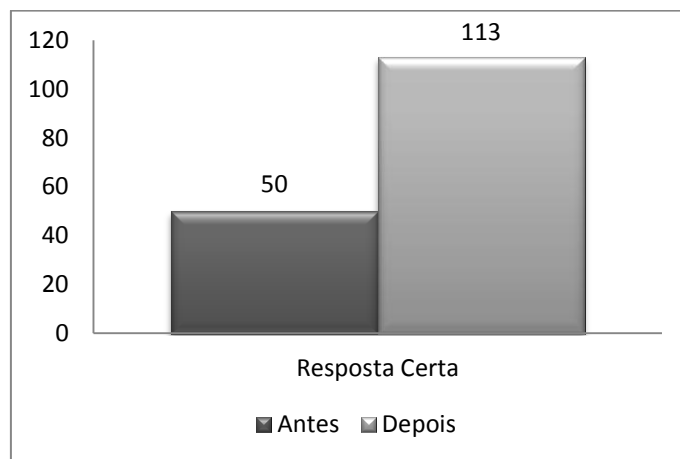
Comentário: Previamente à informação transmitida pelas profissionais de saúde, 94% dos adolescentes respondeu de modo correcto à pergunta e após a informação 98% considerou que o preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual.

5 – O coito interrompido é uma forma eficaz de evitar uma gravidez:



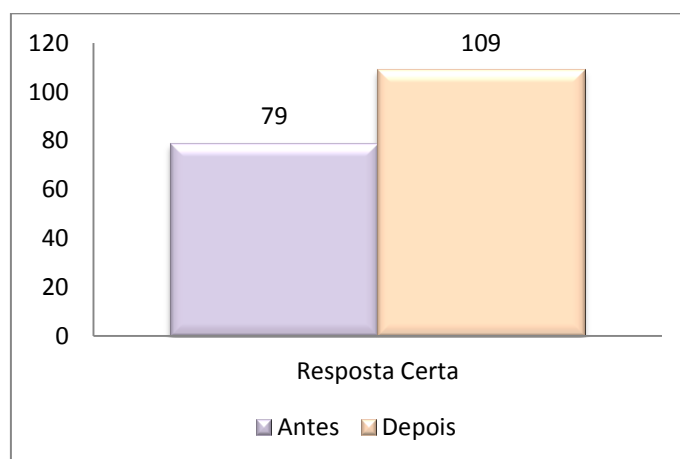
Comentário: Antecipadamente à sessão 86% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 95% destes considerou que o coito interrompido não é uma forma eficaz de evitar uma gravidez.

6 – A Contracepção de emergência só pode ser utilizada até 48 horas após a relação sexual desprotegida, ou se o método anticoncepcional usado falhar:



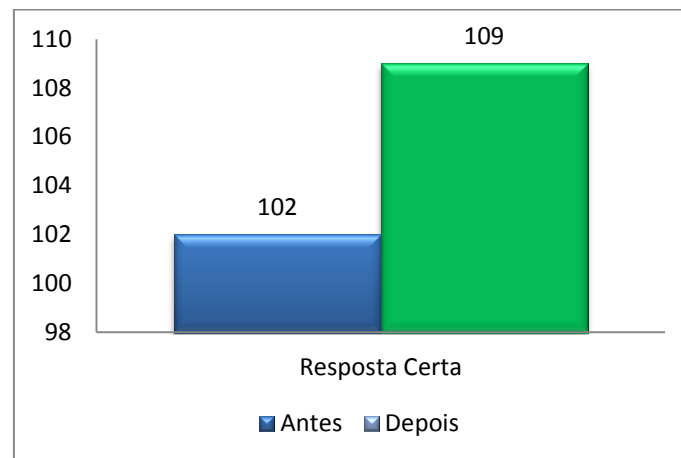
Comentário: Antes da acção de educação para a saúde 42% dos estudantes considerou que a contracepção de emergência não é apenas utilizada até 48h após a relação sexual desprotegida e após a sessão 94% também o considerou, respondendo acertadamente.

7 – A Contracepção de emergência encontra-se disponível no Centro de Saúde, nas farmácias e nos Centros de Apoio a Jovens:



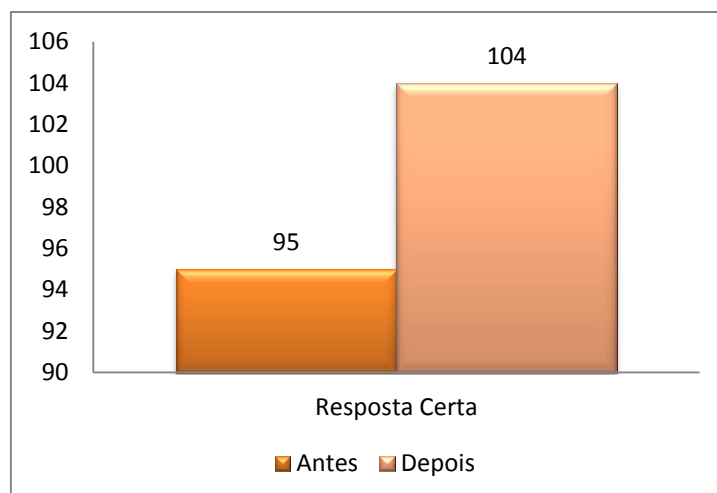
Comentário: Antecipadamente à sessão 66% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 91% destes considerou que a Contracepção de emergência se encontra disponível nestes locais.

8 – A Contracepção de emergência é um método contraceptivo eficaz:



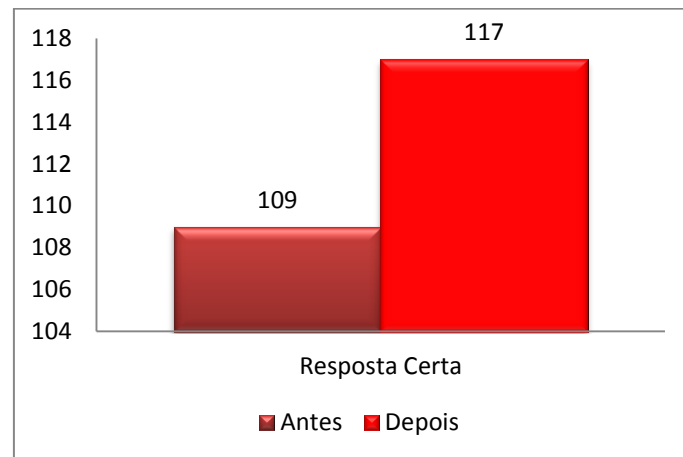
Comentário: Previamente à sessão 85% dos alunos acertaram na resposta e posteriormente a esta 91% consideraram, então, que a contracepção de emergência não é um método contraceptivo.

9 – A vacina do Vírus do Papiloma Humano (HPV) está contemplada no Programa Nacional de Vacinação para o sexo masculino:



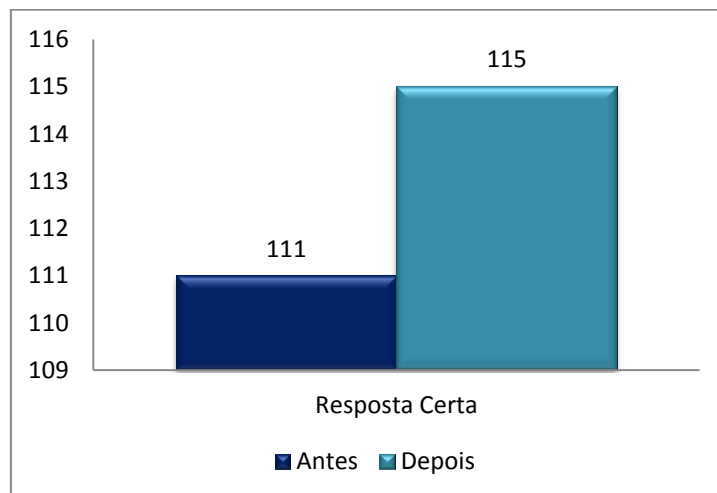
Comentário: Antecipadamente à sessão 79% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 87% destes considerou que a vacina do HPV não está contemplada no Programa Nacional de Vacinação para o sexo masculino.

10 – O elevado número de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST:



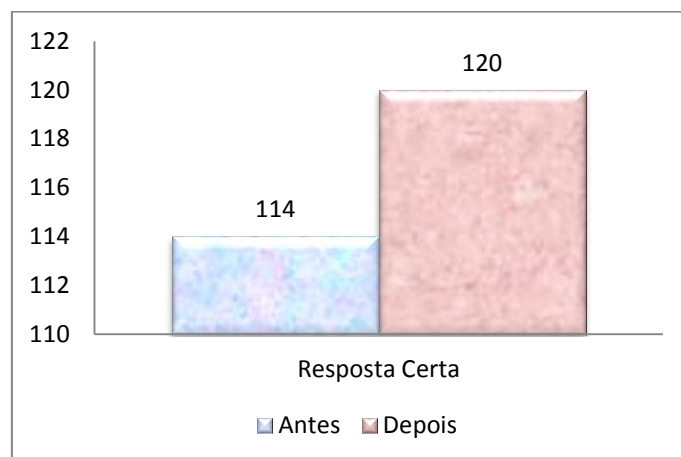
Comentário: Antes da acção de educação para a saúde 91% dos estudantes considerou que o elevado nº de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST e após a sessão 98% o consideraram, respondendo acertadamente.

11 – As IST's são doenças contagiosas, cuja forma de transmissão é através das relações sexuais protegidas:



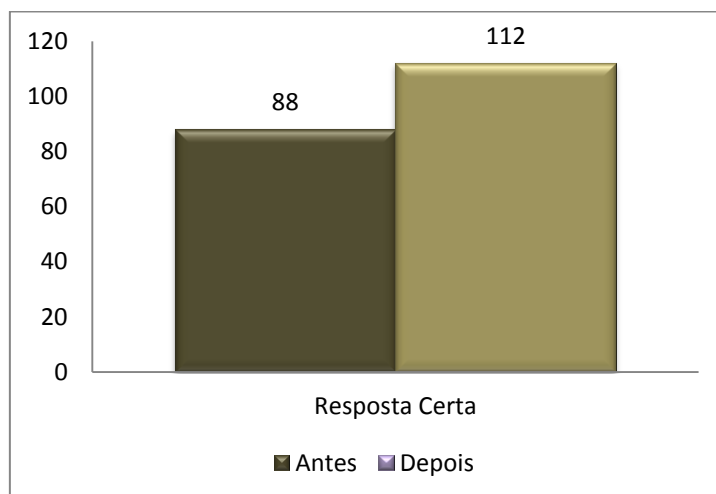
Comentário: Previamente à sessão 93% dos alunos acertaram na resposta e posteriormente 96% consideraram que as IST's não se transmitem através das relações sexuais protegidas.

I2 – Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA:



Comentário: Antecipadamente à sessão 95% dos adolescentes responderam correctamente e, após esta, todos (100%) consideraram que não existe uma vacina que nos protege do VIH.

I3 – Um dos objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar é o fornecimento de métodos contraceptivos:



Comentário: Antes da acção de educação para a saúde 73% dos estudantes considerou que um dos objectivos de uma consulta de PF é o fornecimento de métodos contraceptivos e após a sessão 93% o consideraram respondendo acertadamente.

14 – Um dos objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar é permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer:

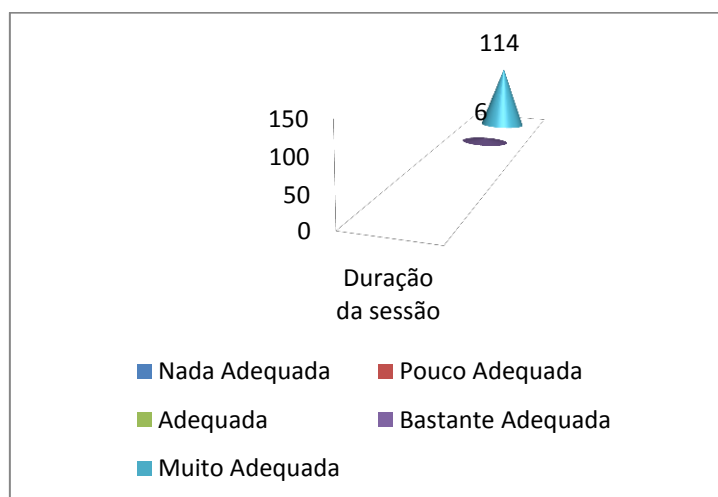


Comentário: Antes da acção de educação para a saúde 63% dos adolescentes considerou que um dos objectivos de uma consulta de PF é permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer e após a sessão 93% o consideraram respondendo acertadamente.

GRUPO II

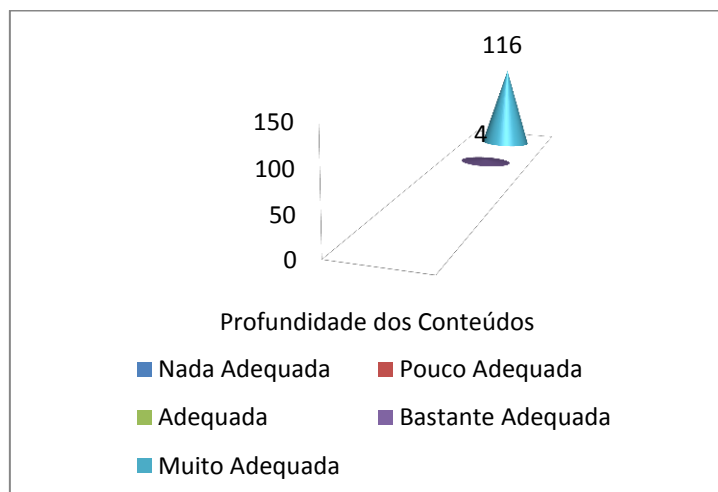
(Avaliação da formação / formador)

I – A duração da sessão foi:



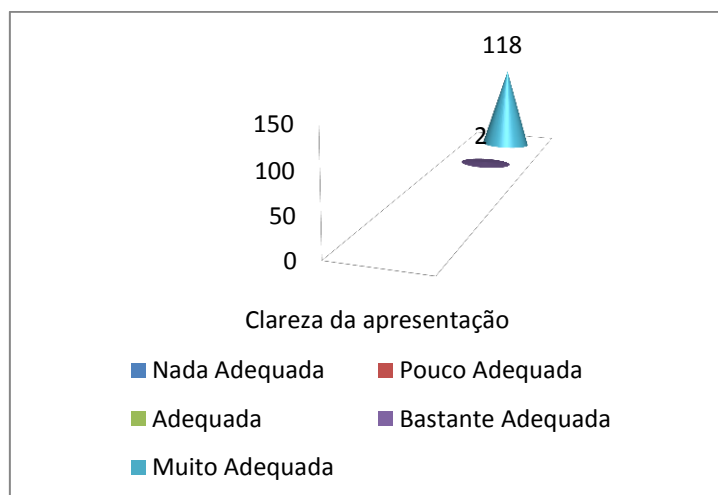
Comentário: Relativamente à duração da sessão, esta foi considerada muito adequada por 95% dos jovens e 5% considerou-a bastante adequada.

2 – A profundidade dos conteúdos foi:



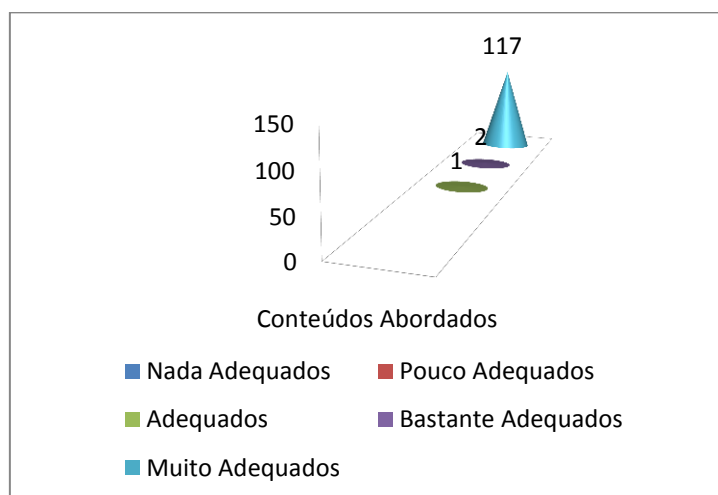
Comentário: De acordo com a profundidade dos conteúdos, foi avaliada como sendo muito adequada por 97% dos alunos e bastante adequada por 3%.

3 – A clareza da apresentação da acção de educação para a saúde foi:



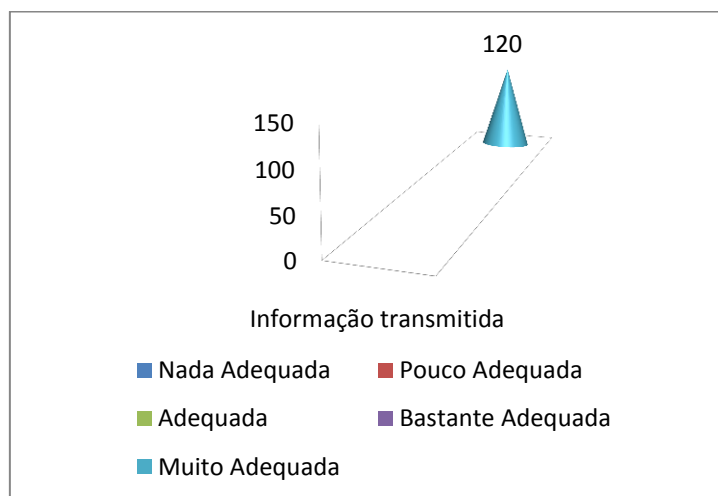
Comentário: No que diz respeito à clareza da acção de educação para a saúde, esta foi considerada por 98% dos estudantes muito adequada e bastante adequada por 2%.

4 – Os conteúdos abordados na acção de educação para a saúde foram:



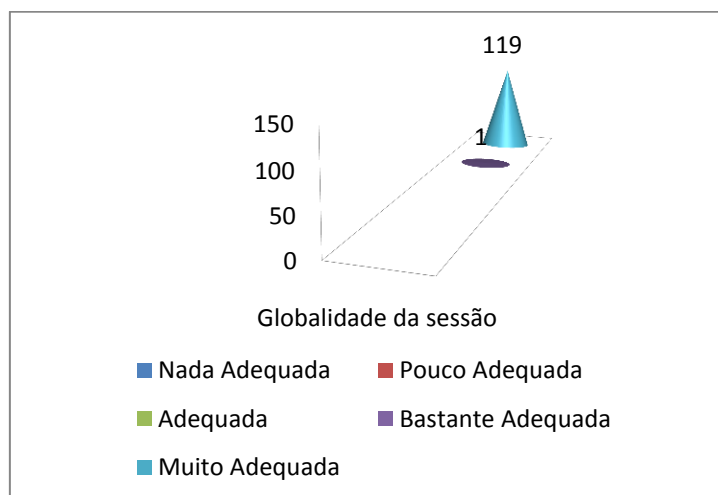
Comentário: Relativamente aos conteúdos abordados na acção de educação para a saúde, estes foram considerados muito adequados por 97,5% dos adolescentes.

5 – A informação transmitida foi:



Comentário: O gráfico demonstra claramente que todos os alunos consideraram que a informação transmitida foi muito adequada.

6 – No global acha que esta acção de educação para a saúde foi:



Comentário: De um modo global, e em síntese, a acção de educação para a saúde foi avaliada como bastante adequada por 99% dos jovens.

ANEXO VIII

(PLANEAMENTO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A
SAÚDE : “PARA UMA VIDA SEM FUMO”)



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

Instituto de Ciências da Saúde

Planeamento de uma Acção de Educação para a Saúde:

“Para Uma Vida Sem Fumo”

PATRÍCIA MENDES

SANDRA FERREIRA

VANESSA FERNANDES

NOVEMBRO|2010

3º CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Ano Lectivo 2009/2010

Docentes orientadoras:

Enf.^a Isabel Quelhas

Enf.^a Constança Festas

Enfermeira Tutora:

Enf.^a Alexandra Correia

Planeamento

de uma Acção de Educação para a Saúde:

“Para Uma Vida Sem Fumo”

PATRÍCIA MENDES

SANDRA FERREIRA

VANESSA FERNANDES

NOVEMBRO | 2010

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	7
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	9
2. OBJECTIVOS.....	11
3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....	13
4. METODOLOGIA.....	15
5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....	17
5.1. Plano da Actividade da Acção de Educação para a Saúde: “Para Uma Vida Sem Fumo”.....	17
6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	21
7. CONCLUSÃO.....	23
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS.....	27

Anexo I - Apresentação “Para Uma Vida Sem Fumo”

0. INTRODUÇÃO

A Acção de Educação para a Saúde “Para uma vida sem fumo” surgiu no âmbito do estágio de Módulo I, decorrente no Centro de Saúde da Sr.^a da Hora, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Este estágio decorreu no período de 4 de Outubro a 27 de Novembro do corrente ano, enquadrando-se no 3º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Esta Acção de Educação para a Saúde foi desenvolvida sob a orientação tutorial da Enfermeira Alexandra Correia.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objectivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;
- Desenvolver competências relativas à planificação de uma Acção de Formação.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma análise da situação, seguida da apresentação dos objectivos e da selecção de conteúdos; seguidamente, é apresentada a metodologia, a organização e programação da actividade e, por último, a selecção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.



I. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

O tabagismo assume-se como o maior problema actual de saúde pública das sociedades desenvolvidas e é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo.

Fumar está associado a diversas doenças (cancro, problemas cardiovasculares, doenças respiratórias), provoca dependência, associa-se a problemas comportamentais (insucesso escolar), sociais e polui o ambiente.

Regra geral, é durante o período da adolescência que a grande maioria dos fumadores inicia o hábito de fumar e as explicações para esta iniciação estão hoje claramente identificadas, relacionam-se principalmente com causas comportamentais e sociais.

Face a este quadro, a educação para a saúde assume-se como uma área de extrema importância na Enfermagem, e na nossa opinião, com principal relevo na área da Saúde Infantil e Pediatria. Conscientes que a prevenção está entre as principais medidas de controlo do tabagismo e das suas consequências, elaboramos esta sessão de educação para a saúde, com o objectivo de sensibilizar e estimular as crianças para uma atitude pro-activa e responsável, para adoptarem estilos de vida saudáveis que contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006) “reduzir a prevalência dos factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida,” constitui um imperativo para os profissionais de saúde e as actividades que devem preconizar “deverão ser orientadas para determinantes da saúde, como a alimentação, a actividade física e a gestão do stress e os factores de risco como o tabaco e o álcool,...”.

A Saúde Escolar constitui uma das áreas prioritárias na prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco. A escola encontra-se, por isso, numa posição ideal para a realização de acções que visem “educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia” (Organização Mundial de Saúde (OMS), em **Health for all**).

Neste sentido, foi elaborada uma Acção de Educação para a Saúde sobre este tema, com base na pesquisa bibliográfica qualitativa realizada (Cunha, 2006).

2. OBJECTIVOS

De acordo com Imperatori (1993), a fixação de objectivos constitui uma “(...) etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”. (p.77) Segundo Tavares (1992), “não interessam objectivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática e portanto sem qualquer utilidade”. (p.114)

Desta forma, foram delineados os seguintes objectivos gerais e específicos:

OBJECTIVOS GERAIS

- Sensibilizar para os benefícios de uma vida sem fumo;
- Prevenir comportamentos de risco;
- Transmitir informação que apoie a sensibilização e estimular uma acção pro-activa e responsável;
- Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil;
- Desenvolver competências comunicacionais;
- Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Aprofundar conhecimentos sobre a constituição do cigarro e as substâncias presentes no fumo;
- Transmitir informação sobre as consequências do consumo de tabaco para a saúde física (cancro, doenças cardiovasculares e respiratórias), saúde mental (dependência), relações interpessoais e ambiente (poluição do ar e produção de lixo);
- Sensibilizar as crianças para os efeitos nocivos do fumo passivo;
- Incentivar para medidas preventivas como estratégia de medidas de combate ao tabagismo;
- Estimular a adopção de estilos de vida saudáveis.

3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

De forma a atingir os objectivos delineados, foram seleccionados para a acção de formação os seguintes conteúdos:

- Como é constituído o cigarro?
- O que faz à nossa saúde?
- Porquê fumar?
- O fumo passivo. Efeitos nocivos
- Vantagens de não fumares...
- As tuas escolhas!



4. METODOLOGIA

O método a utilizar nesta acção de educação para a saúde será uma combinação do método expositivo e do método exploratório, onde serão aplicadas técnicas e abordagens formativas de carácter exclusivamente interactivo.

O método expositivo compreende a transmissão de informação e é unidireccional, passivo e estruturado. O método exploratório incita à exploração e descoberta através da interacção, e ao contrário do método expositivo, encoraja e facilita a troca de informação nos dois sentidos. (Collins, 2004; Amin, 2003)

No inicio da sessão irá ser apresentado um filme com o intuito de lançar o tema sobre o tabagismo, posteriormente será utilizado o método expositivo, embora haja espaço na acção de formação para a interacção com as crianças. Por fim iremos fazer um jogo que irá ser utilizado como instrumento de avaliação onde serão lançadas algumas questões ao grupo alvo, no sentido de avaliar o grau de compreensão da mensagem veiculada, de modo a obter o seu feedback.

5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

A data para a realização desta Acção de Educação para a Saúde será no dia 17 de Novembro de 2010, pelas 14h30. A escolha do dia prendeu-se com o facto de coincidir com o Dia do Não Fumador.

Os recursos a utilizar para a realização da acção de formação são:

- **Recursos Humanos:** 3 alunas do 3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP);
- **Recursos Físicos:** Auditório da Junta de Freguesia de Guifões;
- **Recursos Materiais:** um computador portátil; um projector; cartões de jogo verdes e vermelhos;
- **Recursos Financeiros:** sem custos adicionais.

5.1. Plano da Actividade da Acção de Educação para a Saúde: “Para Uma Vida Sem Fumo”

Formadores: Patrícia Mendes, Sandra Ferreira e Vanessa Fernandes, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I

Tema: Para uma Vida Sem Fumo (Anexo I)

Duração: 40min

Grupo destinatário: Crianças a frequentar o 1º ciclo das Escolas da Lomba, Sendim, Passos Manuel e Monte Ribeirão

Local: Auditório da Junta de Freguesia de Guifões

Data: 17 de Novembro de 2010

Hora: 14h30min

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar para os benefícios de uma vida sem fumo; • Prevenir comportamentos de risco; • Transmitir informação que apoie a sensibilização e estimular uma acção pro- | <ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos sobre a constituição do cigarro e as substâncias presentes no fumo; • Transmitir informação sobre as consequências do consumo de tabaco para a |
|---|--|

activa e responsável; • Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil; • Desenvolver competências comunicacionais; • Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo.	saúde física (cancro, doenças cardiovasculares e respiratórias), saúde mental (dependência), relações interpessoais e ambiente (poluição do ar e produção de lixo); • Sensibilizar as crianças para os efeitos nocivos do fumo passivo; • Incentivar para medidas preventivas como estratégia de medidas de combate ao tabagismo; • Estimular a adopção de estilos de vida saudáveis.
--	--

FASES TEMPO	CONTEÚDO	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AValiação
INTRODUÇÃO 5 MIN	Apresentação da acção de educação para a saúde; Apresentação de um filme “Regresso às aulas”; Referência aos conteúdos que irão ser abordados.	Método Expositivo (Técnica de Exposição) Método Exploratório (Técnica interactiva e explorativa)	Projectáveis: Computador e projector	Diagnóstica: Questões aos participantes
DESENVOLVIMENTO 25 MIN	Constituição do cigarro; Malefícios do fumo do cigarro; Consequências para a saúde física e mental; Consequências para o ambiente e sociedade; Riscos associados à inalação do fumo passivo; Vantagens de uma vida sem fumo; A escolha de uma vida sem fumo.	Método Expositivo (Técnica de Exposição)	Projectáveis: Computador e projector	Formativa

<p>CONCLUSÃO</p> <p>10 MIN</p>	<p>Resumo dos conteúdos apresentados;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Avaliação da acção de educação para a saúde.</p>	<p>Método Expositivo (Técnica de Exposição)</p> <p>Método Exploratório (Técnica interactiva e explorativa)</p>	<p>Projectáveis: Computador e projector</p>	<p>Somativa</p>
--	---	--	--	------------------------

6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

Na introdução, irá ser realizada, de forma informal, uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente ao tema.

De forma a proceder à avaliação da acção de formação, estabelecemos o seguinte **indicador de actividade**:

- $(N^{\circ} \text{ de respostas dadas correctamente no jogo} / N^{\circ} \text{ total de crianças que participaram na sessão}) \times 100\% = \% N^{\circ} \text{ de respostas correctas.}$

No final da acção de educação para a saúde será elaborado um documento onde estarão representados os dados obtidos na avaliação, já que “*o tratamento e análise dos dados recolhidos e a elaboração dos relatórios são fundamentais para o processo de avaliação*” (Cardoso, 2002).

7. CONCLUSÃO

A consolidação de estilos de vida saudáveis nas crianças é um processo que implica a prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco. A formação é deste modo, uma oportunidade para fomentar atitudes assertivas, pelo que é necessário encontrar formas e estratégias para que essas melhorias, que são desejáveis, sejam alcançadas.

Tendo em conta o tema desta acção de educação para a saúde, consideramos que a prevenção será tanto mais eficaz quanto mais precocemente dotarmos as crianças de conhecimento para que possam tomar decisões responsáveis e fundamentadas. O enfermeiro, e principalmente, o enfermeiro especialista, tem aqui um papel fulcral em promover a aprendizagem de estilos de vida saudáveis.

A elaboração deste planeamento, permitiu a estruturação da acção de formação que nos propomos desenvolver e é da nossa convicção que será de extrema importância para a concretização dos objectivos traçados.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- Amin Z. Overview of teaching and learning methods. Em: Basics in Medical Education. World Scientific Publishing Co, Singapura: 2003; 99-103;
- Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25;
- Collins, J. (2004). Education Techniques for Lifelong Learning – Principles of Adult Learning; Radiographics 24:1483-1489. Disponível em : <http://radiographics.rsna.org/cgi/reprint/24/5/1483>;
- Cunha PVS. Educação em Saúde: informação versus mudança de comportamento, estudo da pediculose sob o olhar da promoção da saúde do Programa Saúde na Escola. Rio Janeiro: 2006; 1-343;
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78;
- Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde (2004-2010). Volume 1. Prioridades e Volume 2. Orientações estratégicas. Julho de 2004. <http://www.dgs.pt/>;
- OMS. Health 21. Health for all in the 21st century. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999;
- Programa Nacional De Saúde Escolar (2006). Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho; 1-12;
- Tavares, A. (1992). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (2ª edição). Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.

ANEXOS

ANEXO I

Apresentação

“Para Uma Vida Sem Fumo”



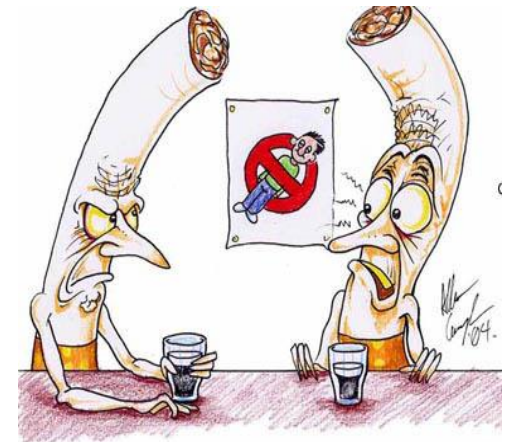
DIA MUNDIAL DO NÃO FUMADOR PARA UMA VIDA SEM FUMO...

ELABORADO POR: PATRÍCIA MENDES | SANDRA FERREIRA | VANESSA FERNANDES
SOB ORIENTAÇÃO DE: ENFª ALEXANDRA CORREIA

Para uma vida sem fumo...



- Como é constituído o cigarro?
- O que faz à nossa saúde?
- Porquê fumar?
- O fumo passivo
- Vantagens de não fumares...
- As tuas escolhas!

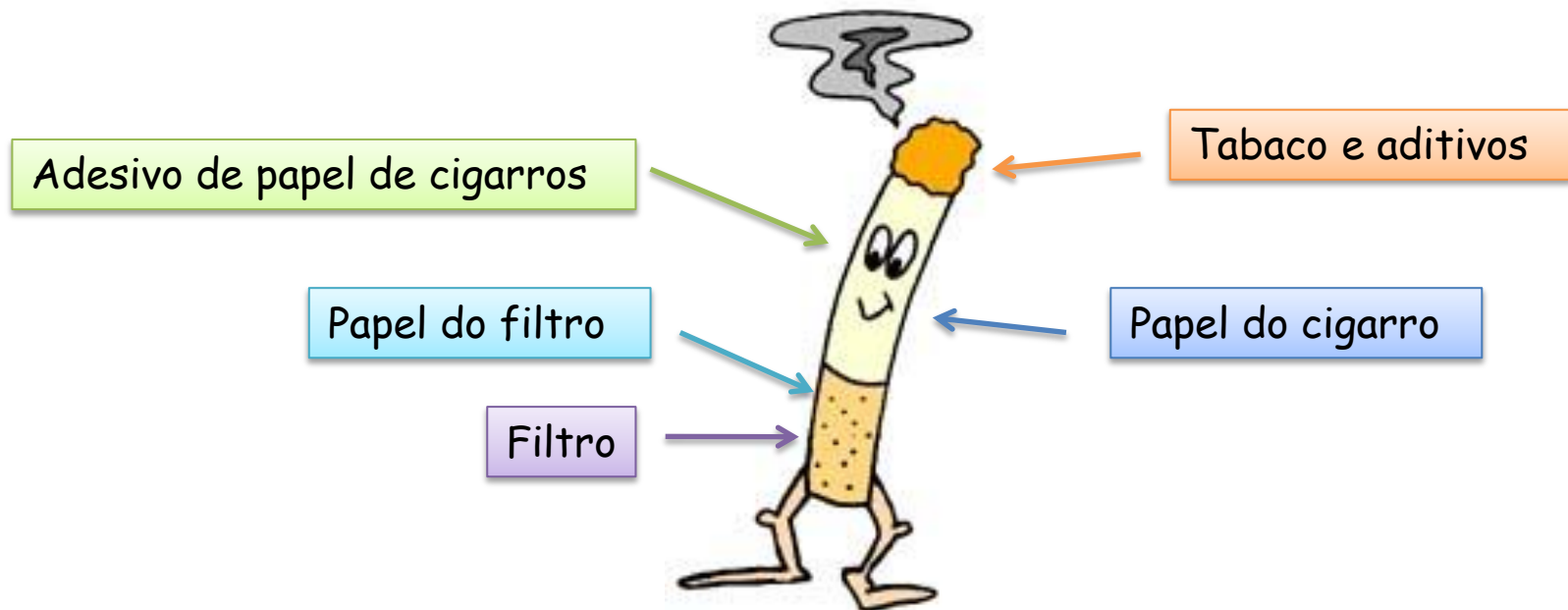


Para uma vida sem fumo...



Como é constituído o cigarro?

É constituído pelas folhas secas de uma planta, a **NICOTIANA TABACUM**.



Para uma vida sem fumo...



Para uma vida sem fumo...

A cartoon illustration of a cigarette with a face, arms, and legs. It has a mischievous expression, with one eye winking and a small smile. It is wearing a brown apron and is blowing a cloud of smoke from its mouth. A wisp of smoke is also coming from the top of the cigarette.

ALCATRÃO

Substância que provoca o cancro

NICOTINA

Causa dependência no organismo

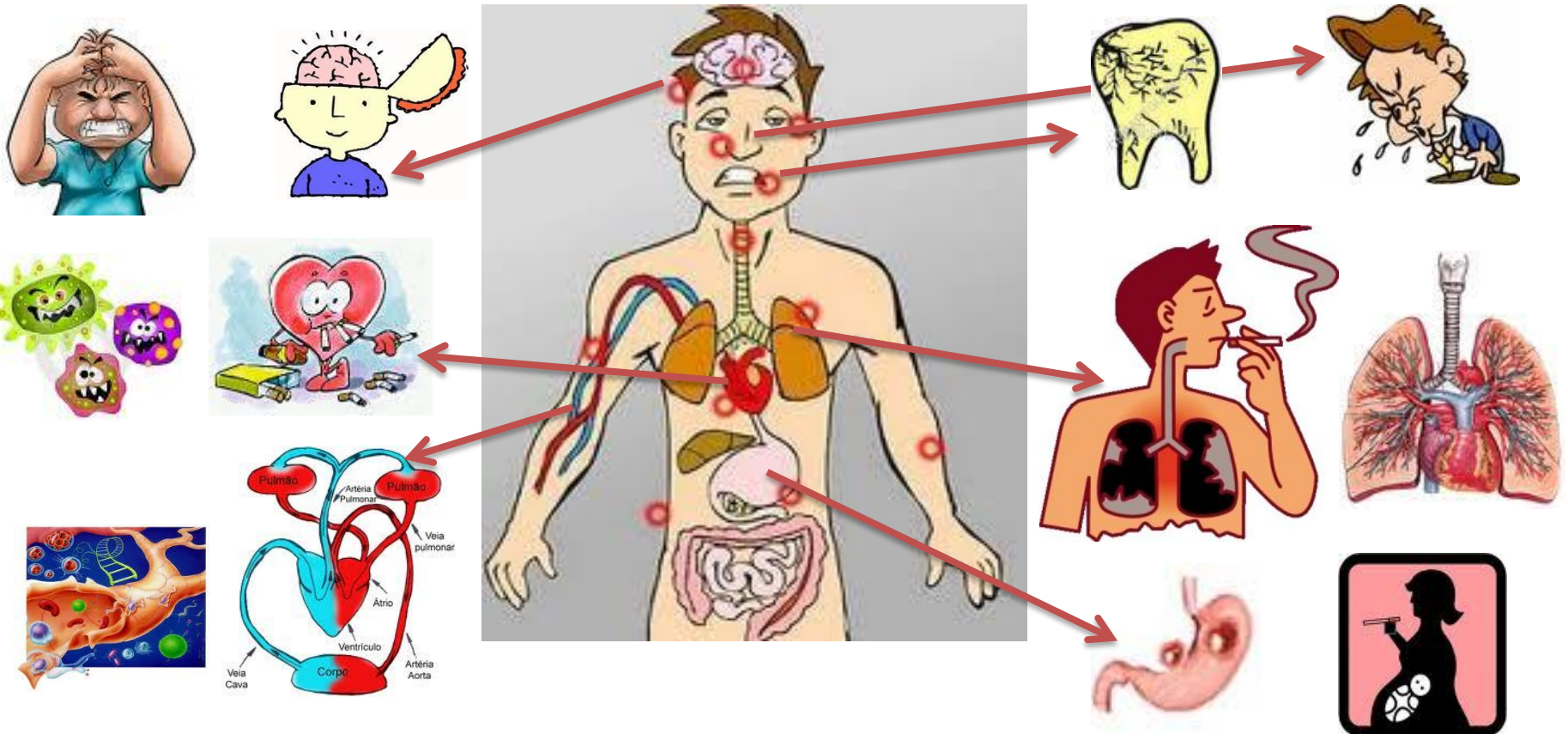
MONÓXIDO
DE
CARBONO

Diminui a quantidade de oxigénio que chega às células

Para uma vida sem fumo...



O que faz à nossa saúde?



Para uma vida sem fumo...



Para uma vida sem fumo...



Porquê fumar? Se...

Na Saúde:

- ❖ Irrita os olhos;
- ❖ Provoca tosse;
- ❖ A pele fica mais rapidamente enrugada;
- ❖ Os dentes ficam amarelos;
- ❖ Os dedos das mãos ficam amarelos;
- ❖ Provoca dores de cabeça, enjoo e tonturas;



Para uma vida sem fumo...



Porquê fumar? Se...

Na Saúde:

- ❖ Falta de concentração;
- ❖ Provoca problemas no coração, nos pulmões e estômago;
- ❖ Diminui as defesas do nosso organismo;
- ❖ Provoca dependência.



Basta fumar um cigarro para trazer consequências negativas para a saúde.

Para uma vida sem fumo...



Na pessoa e suas relações:

- ❖ Mau cheiro
- ❖ Mau hálito
- ❖ Obriga os outros a fumar o mesmo fumo
- ❖ Provoca dependência
- ❖ É caro



Para uma vida sem fumo...



No ambiente:

- ❖ Produz lixo
- ❖ Polui o ar



Para uma vida sem fumo...



Fumo passivo, o que é?

O fumo passivo é o fumo que inalas quando estás perto de alguém que está a fumar. Assim, debes evitar estar próximo daqueles que o estejam a fazer, já que o fumo traz consequências graves para a tua saúde.



Para uma vida sem fumo...



Vantagens de não fumares...

- ❖ Vives mais tempo
- ❖ Tens menor risco de sofreres de vários tipos de cancro e ter algumas doenças
- ❖ Respiras melhor e sem tosse
- ❖ Cansas-te menos
- ❖ Poupas dinheiro
- ❖ Ficas com um hálito mais fresco
- ❖ Cheiras a limpo



Para uma vida sem fumo...



As tuas escolhas!

- ❖ Não fumes, Sê original, Sê diferente .
- ❖ Se tens alguém de quem gostes, que fume, mostra-lhe que ele está errado!
- ❖ Escolhe ter hábitos de vida saudáveis.
- ❖ Escolhe a vida.

**NÃO TE ESQUEÇAS QUE O TABACO É
UM DOS MAIORES INIMIGOS DA TUA
SAÚDE!**



Para uma vida sem fumo...



JOGO



1

Para uma vida sem fumo...



O fumo do cigarro é constituído por:

- a Alcatrão ✓
- b Nicotina ✓
- c Monóxido de carbono ✓
- d Azeite ✗



Para uma vida sem fumo...



2

Fumar:

a

Só um cigarro faz mal



b

Provoca tosse



c

Faz os dentes ficarem brancos



d

Diminui as defesas do nosso organismo



e

Não prejudica o ambiente



3

Para uma vida sem fumo...



Se não fumares:

a Vives mais tempo



b Respiras melhor



c Ficas com mau hálito



d Cansas-te menos



e A pele fica mais bonita



Para uma vida sem fumo...



Agora podes explicar às pessoas
os malefícios do tabaco



ANEXO IX

(AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A
SAÚDE : “PARA UMA VIDA SEM FUMO”)

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “PARA UMA VIDA SEM FUMO”

Os resultados obtidos pela avaliação devem ser utilizados para reflectir, corrigir e melhorar técnicas e estratégias de formação.

Após se terem efectuado as análises estatísticas dos dados recolhidos, dos indicadores de avaliação, organizamos este trabalho no sentido de dar a conhecer o número e percentagem das crianças, que participaram na acção de educação para a saúde - “Para uma Vida Sem Fumo”.

Os quadros que se seguem representam o número de crianças que responderam correcta e incorrectamente às perguntas, quando jogaram o jogo “*Para Uma Vida Sem Fumo*”.

Quadro I - N.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas na pergunta I - **O fumo do cigarro é constituído por :**

Pergunta1	Correctas	Incorrectas
Alcatrão	87	1
Nicotina	88	0
Monóxido de carbono	86	2
Azeite	88	0

Quadro 2- N.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas na pergunta 2 – **Fumar** :

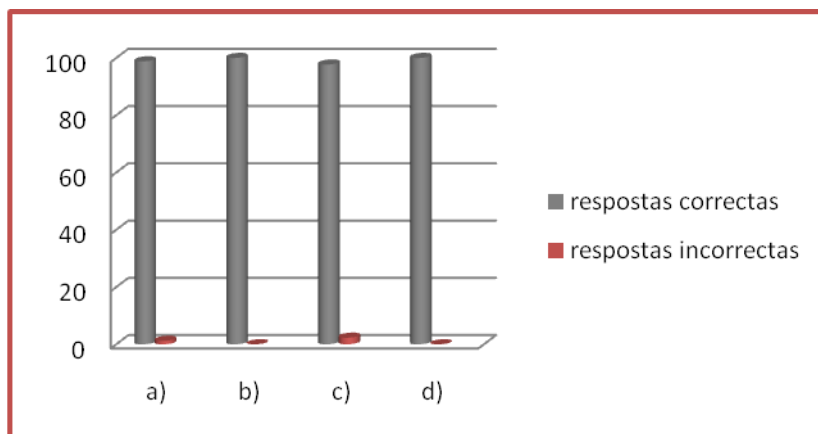
Pergunta2	Correctas	Incorrectas
Só um cigarro faz mal	86	2
Provoca tosse	88	0
Faz os dentes ficarem brancos	86	2
Diminui as defesas do nosso organismo	88	0
Não prejudica o ambiente	88	0

Quadro 3- N.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas na pergunta 3- **Se não fumares:**

Pergunta3	Correctas	Incorrectas
Vives mais tempo	88	0
Respiras melhor	88	0
Ficas com mau hálito	86	2
Cansas-te menos	87	1
A pele fica mais bonita	85	3

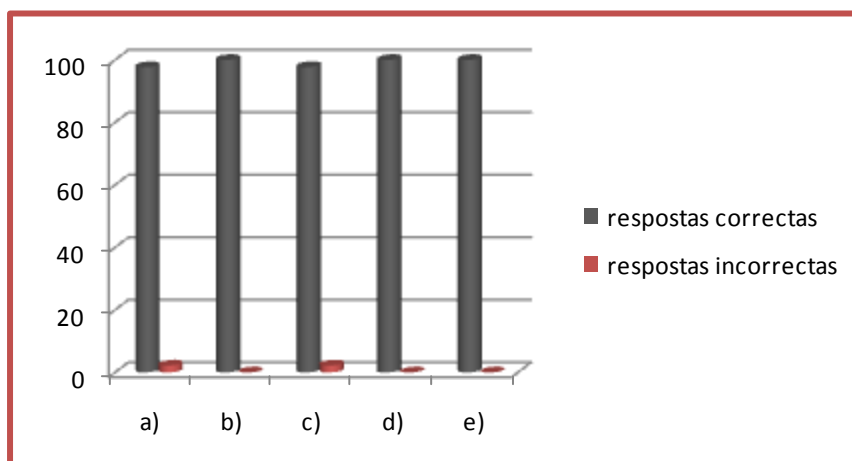
Após se trabalharem os indicadores de avaliação, para avaliar os conhecimentos das crianças que assistiram a acção de educação “ Para Uma Vida Sem Fumo”, chegamos aos resultados que se encontram expressos nos seguintes gráficos.

Gráfico 1 - % de crianças que responderam correctamente à 1ª pergunta do jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”



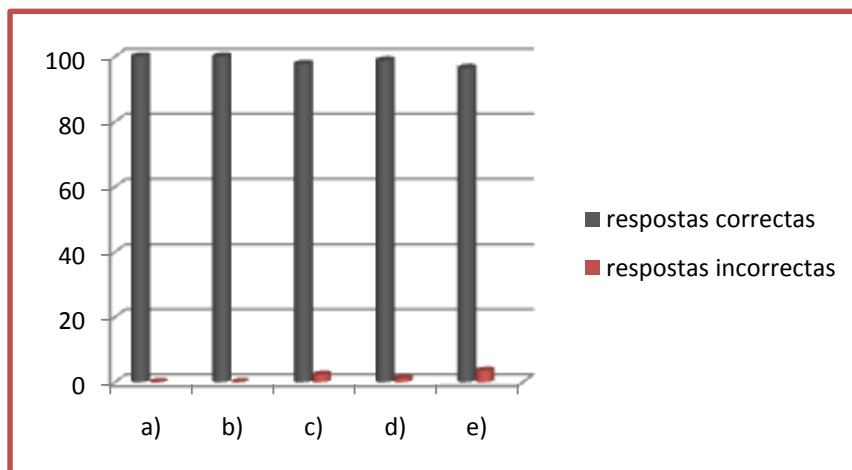
Como podemos concluir, através da análise do gráfico 1, das 88 crianças que participaram no jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”, 98,8% responderam correctamente à alínea a) da 1ª pergunta; 97,7% responderam correctamente à alínea c) e 100% responderam correctamente às alíneas b) e d).

Gráfico 2 - % de crianças que responderam correctamente à 2ª pergunta do jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”



Através da análise do gráfico, das 88 crianças que participaram no jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”, 100% responderam correctamente às alíneas b), d) e e) da 2ª pergunta; e 97,7% responderam correctamente às alíneas a) e c).

Gráfico 3 - % de crianças que responderam correctamente à 3ª pergunta do jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”



Através da análise do gráfico, das 88 crianças que participaram no jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”, 100% responderam correctamente às alíneas a) e b) da 3ª pergunta; 97,7% responderam correctamente à alínea c); 98,8% responderam correctamente à alínea d) e 96,5% responderam correctamente à alínea e).

ANEXO X

(PLANEAMENTO DE UMA ACÇÃO DE FORMAÇÃO :
“SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR”)



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

PLANEAMENTO DE UMA ACÇÃO DE FORMAÇÃO:
“SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR”

PATRÍCIA MENDES

SANDRA FERREIRA

VANESSA FERNANDES

NOVEMBRO|2010

**3º CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Ano Lectivo 2009/2010

Docentes orientadoras:

Enf.^a Isabel Quelhas

Enf.^a Constança Festas

Enfermeira Tutora:

Enf.^a Alexandra Correia

Planeamento

de uma Acção de Formação:

“Sacarose - Para uma imunização sem dor”

PATRÍCIA MENDES

SANDRA FERREIRA

VANESSA FERNANDES

NOVEMBRO | 2010

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	7
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	9
2. OBJECTIVOS.....	11
3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....	13
4. METODOLOGIA.....	15
5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....	17
5.1. Plano da Actividade da Acção de Formação: “Sacarose - Para uma imunização sem dor”.....	17
6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	21
7. CONCLUSÃO.....	23
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS.....	27

Anexo I – Procedimento da sacarose

Anexo II- Apresentação “Sacarose – Para uma imunização sem dor”

Anexo III- Documento de avaliação da acção de formação

0. INTRODUÇÃO

A acção de formação “Sacarose - Para uma imunização sem dor” surgiu no âmbito do estágio de Módulo I, decorrente no Centro de Saúde Sra. Hora, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Este estágio decorreu no período de 4 de Outubro a 26 de Novembro, enquadrado no 2º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Este projecto foi desenvolvido sob a orientação tutorial da Enfermeira Alexandra Correia.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objectivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;
- Desenvolver competências relativas à planificação de uma Acção de Formação.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma análise da situação, seguida da apresentação dos objectivos e da selecção de conteúdos; seguidamente, é apresentada a metodologia, a organização e programação da actividade e, por último, a selecção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.



I. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que percebemos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência. (Batalha, 2010, p. 3)

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos”. Branco *et al* (2006) diz que “*Cada individuo aprende a aplicação da palavra dor por meio das experiências dolorosas vivenciadas no início da vida.*” Desta forma, todas as experiências dolorosas vivenciadas desde cedo terão um impacto significativo no desenvolvimento. De acordo com Hatfield *et al* ((2008), estas experiências poderão alterar permanentemente o sistema nervoso central e incluem comprometimento de estruturas cognitivas. (p.328)

Em contexto de Saúde Infantil, podemos considerar que as experiências dolorosas são menos frequentes, embora a imunização seja um procedimento doloroso causador de grande impacto nos pais e na criança, apesar de clarificadas as suas amplas vantagens.

De acordo com Hatfield *et al* (2008), a relutância dos pais na adesão à vacinação pode ser parcialmente explicada pela percepção que estes têm que os seus filhos vivenciam uma dor substancial durante as várias imunizações. (p. 327)

Neste sentido e tendo em conta o direito primordial da criança, deliberado na Carta dos Direitos da Criança, que diz que “ As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”, cabe ao profissional de saúde, e principalmente ao enfermeiro, adoptar estratégias que minimizem a dor associada a estes procedimentos. Este facto é salientado pela Ordem dos Enfermeiros (2008) que defende que “*Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.*”

Neste contexto, a utilização da sacarose tem sido amplamente estudada e a evidência demonstra que existem claros benefícios no seu uso, que não se resumem ao período neonatal. São vários os estudos que suportam a evidência de que a sacarose é eficaz na redução da dor associada a procedimentos dolorosos bem como reduz o tempo de



recuperação da criança após este procedimento. (Hatfield *et al*, 2008; Dilli, D., Kucuk, IG & Dallar, Y., 2009; Hardcastle, T., 2010; Lefrak, L. *et al.*, 2006; Taddio, A. *et al.*, 2008).

Tendo conhecimento desta realidade, pareceu-nos muito pertinente a realização desta acção de formação visto nos apercebermos, por entrevistas informais com os enfermeiros, não ser do conhecimento da equipa os benefícios da sacarose e a sua forma de utilização.

2. OBJECTIVOS

O estabelecimento de objectivos é de primordial importância para o sucesso da acção de formação. Segundo Tavares (1992), *“não interessam objectivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática e portanto sem qualquer utilidade”*. (p.114)

Desta forma, foram delineados os seguintes objectivos gerais e específicos:

OBJECTIVOS GERAIS

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática da dor;
- Sensibilizar para a importância da minimização da dor na criança;
- Contribuir para a utilização da sacarose em procedimentos potencialmente dolorosos, nomeadamente na imunização infantil.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Contextualizar a formação na temática da dor;
- Informar sobre a sacarose, nomeadamente em que é que consiste e o seu mecanismo de acção;
- Apresentar alguns estudos relevantes que comprovam a eficácia da sua utilização;
- Esclarecer sobre as dosagens indicadas para uma utilização correcta;
- Indicar as indicações, contra-indicações e efeitos secundários associados à sacarose;
- Descrever o procedimento a ser utilizado.



3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

De forma a atingir os objectivos delineados, foram seleccionados para a acção de formação os seguintes conteúdos:

- Importância do controlo da dor
- A sacarose e o seu mecanismo de acção
- Sacarose – Eficácia comprovada
- Controvérsias da sacarose
- Dosagens recomendadas
- Indicações
- Contra-indicações
- Efeitos secundários
- Procedimento.



4. METODOLOGIA

Visto tratar-se de algo novo para a equipa, será essencialmente utilizado o método expositivo, embora haja espaço na acção de formação para a interacção e partilha de ideias e experiências.

Será elaborado um dossier para consulta, que será constituído pela bibliografia consultada para a elaboração desta formação, que ficará disponível para toda a equipa. Também será afixado na sala de saúde infantil de cada módulo o procedimento e as dosagens a administrar em cada situação particular (Anexo I). Consideramos que desta forma, estão reunidas as condições para que a equipa inicie a administração da sacarose, contribuindo assim para a minimização da dor na criança.



5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

A data para a realização desta Acção de Formação será no dia 25 de Novembro de 2010, pelas 13h. A escolha do dia prendeu-se essencialmente com a disponibilidade do espaço físico e dos profissionais.

Previamente, será divulgada a acção de formação de duas formas distintas: oralmente sempre que surgir oportunidade e pela afixação da informação em alguns espaços relevantes do Centro de Saúde, de forma a permitir que toda a equipa tome conhecimento.

Os recursos a utilizar para a realização da acção de formação são:

- **Recursos Humanos:** 3 alunas do 3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP);
- **Recursos Físicos:** Sala de reuniões do Centro de Saúde Sra. Hora;
- **Recursos Materiais:** um computador portátil; um projector, amostra da sacarose;
- **Recursos Financeiros:** suportados pelas alunas de Enfermagem do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

5.1. Plano da Actividade da Acção de Formação: “Escala de EDIN: avaliação da dor no RN”

Formadores: Patrícia Mendes, Sandra Ferreira e Vanessa Fernandes, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I	Grupo destinatário: Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde Sra. Hora
Tema: Sacarose – Para uma imunização sem dor (Anexo II)	Local: Sala de reuniões
Duração: 30min	Data: 25 de Novembro de 2010
	Hora: 13h

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática da dor;
- Contextualizar a formação na temática

- Sensibilizar para a importância da minimização da dor na criança;
- Contribuir para a utilização da sacarose em procedimentos potencialmente dolorosos, nomeadamente na imunização infantil.
- da dor;
- Informar sobre a sacarose, nomeadamente em que é que consiste e o seu mecanismo de acção;
- Apresentar alguns estudos relevantes que comprovam a eficácia da sua utilização;
- Esclarecer sobre as dosagens indicadas para uma utilização correcta;
- Indicar as indicações, contra-indicações e efeitos secundários associados à sacarose;
- Descrever o procedimento a ser utilizado.

FASES TEMPO	CONTEÚDO	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AValiação
INTRODUÇÃO 5 MIN	Apresentação da acção de formação; Referência aos conteúdos que irão ser abordados.	Método Expositivo (Técnica de Exposição) Método Exploratório (Técnica interactiva e explorativa)	Projectáveis: Computador e projector	Diagnóstica: Questões aos participantes
DESENVOLVIMENTO 20 MIN	Importância do controlo da dor; A sacarose e o seu mecanismo de acção; Sacarose – Eficácia comprovada; Controvérsias da sacarose; Dosagens recomendadas; Indicações; Contra-indicações; Efeitos secundários; Procedimento;	Método Expositivo (Técnica de Exposição)	Projectáveis: Computador e projector	Formativa



<p>CONCLUSÃO</p> <p>5 MIN</p>	<p>Resumo dos conteúdos apresentados; Esclarecimento de dúvidas; Avaliação da acção de formação.</p>	<p>Método Expositivo (Técnica de Exposição)</p> <p>Método Exploratório (Técnica interactiva e explorativa)</p>	<p>Projectáveis: Computador e projector</p>	<p>Somativa</p>
--------------------------------------	--	--	--	------------------------



6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

Na introdução, irá ser realizada, de forma informal, uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente ao tema, de uma forma mais dirigida, já que de uma forma geral, conhecemos a realidade da equipa. Ao longo da formação, a avaliação formativa irá fornecer-nos dados sobre o decorrer da formação, nomeadamente a necessidade de incidir mais em algum conteúdo e, no final, a avaliação somativa.

De forma a proceder à avaliação da acção de formação, estabelecemos o seguinte **indicador de actividade**:

$$(N^{\circ} \text{ Enfermeiros participantes na acção de formação} / N^{\circ} \text{ Enfermeiros da equipa}) \times 100\% = \% \text{ enfermeiros participantes na acção de formação}$$

No que diz respeito à avaliação de outros indicadores, decidimos utilizar o documento de avaliação (**Anexo III**), utilizado no Centro de Saúde, pelo responsável da formação. Este facto será vantajoso, pois a equipa encontra-se familiarizada com o documento e, na medida em que este será obrigatoriamente preenchido no final da acção, não faria sentido duplicar a avaliação.



7. CONCLUSÃO

A detecção da necessidade de informação da equipa relativamente à sacarose constituiu o ponto de partida para este projecto. Intervir na minimização da dor na criança é investir em boas práticas, baseadas na evidência, que em muito vão contribuir para a prestação de cuidados de qualidade, pelo que constitui um desafio muito gratificante.

Neste contexto, a oportunidade da formação em serviço assumiu-se como determinante, na medida em que esta constitui o palco ideal para a promoção de mudança e assume particular importância na mobilização de conhecimentos.

A elaboração deste planeamento, permitiu a estruturação da acção de formação que nos propomos desenvolver e é da nossa convicção que será de extrema importância para a concretização dos objectivos traçados.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (4), 144-151;
- Batalha, L. (2010). Dor em pediatria compreender para mudar. Lisboa: Lidel;
- Branco, A., Fekete, S., Rugolo, I. (2006) . O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido. *Rev Paul Pediatría*, 24 (3), 270-274;
- Dilli, D., Kucuk, IG, Dallar, Y. (2009). Interventions to reduce *pain* during *vaccination* in infancy. *The Journal of Pediatrics*, 154 (3), 385-90;
- Lefrak, L. et al. (2006). Sucrose Analgesia: identifying potentially better practices. *Pediatrics*, 118, 197-202;
- Gaspardo, C., Linhares, M., Martinez, F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81(6), 435- 442;
- Hardcastle, T. (2010). Sucrose has been shown to have analgesic properties when administered to neonates and infants. *Clinical Feature*, 20 (1), 19- 22;
- Hatfield, L., Gusic, M., Dyer, A., Polomano, R. (2008). Analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4 months of age. *Pediatrics*, 121, 327-334;
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor Guia Orientador de Boas Práticas. *Cadernos OE*, 1 (1), 1-51;
- Taddio, A. et al. (2008). Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. *Research*, 179 (1), 37- 43;
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª edição). Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa;
- Thompson, D. (2005). Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. *JSPN*, 10(1), 3- 10.



ANEXOS

ANEXO I

(Procedimento da Sacarose)

Sacarose

Para uma imunização sem dor



PROCEDIMENTO:

- Abrir diariamente uma solução de sacarose, logo que necessário;
- Aplicar sobre a língua, 2 minutos antes do procedimento doloroso;
- Administrar dose certa, de acordo com a respectiva tabela;
- Realizar procedimento após 2 minutos;
- Administrar 2ª dose, se necessário, após 5 a 10 minutos;
- Associar à sacarose outras medidas de conforto não farmacológicas.

PESO

DOSE POR ADMINISTRAÇÃO

»1,5 kg < 2 kg	0,3 ml
»2 kg < 2,5 kg	0,5 ml
»2,5 kg < 3 kg	1ml
» 3 kg	2ml

Fonte: “Protocole d’utilisation du saccharose” – Hôpital Armand Trousseau. 2003

Patrícia Mendes | Sandra Castro | Vanessa Fernandes

Curso de Pós-Licenciatura | Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Orientação de estágio: Enf.ª Alexandra Correia

ANEXO II

(Apresentação:

“Sacarose - Para uma imunização sem dor”)

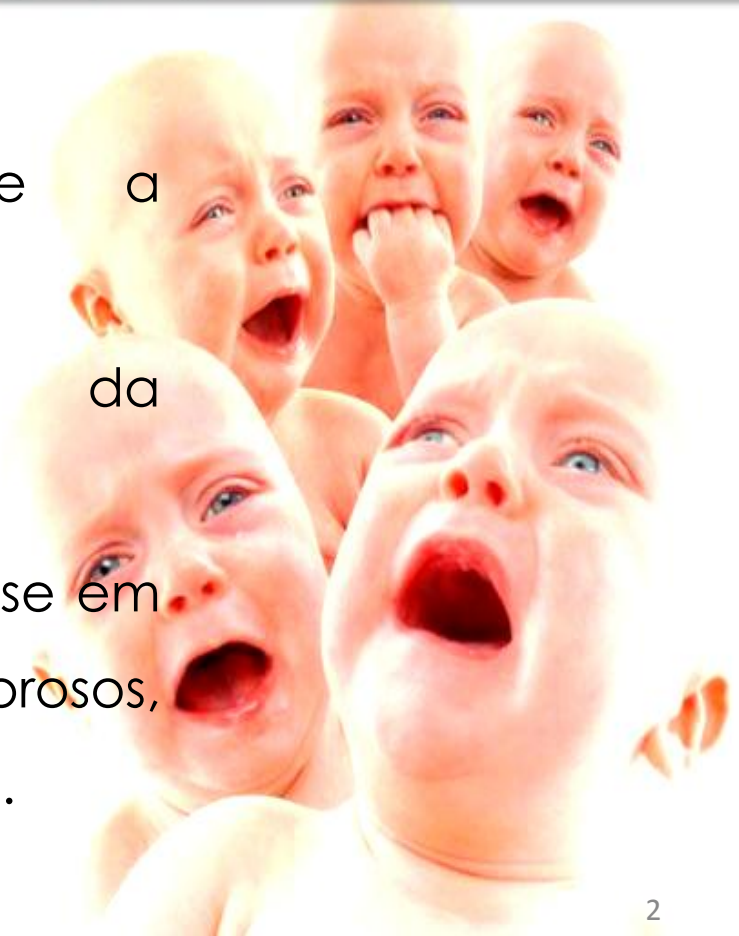
SACAROSE

Para uma imunização sem dor

Patrícia Mendes | Sandra Castro | Vanessa Fernandes
Sob orientação de: Enf.ª Alexandra Correia

OBJECTIVOS GERAIS

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática da dor;
- Sensibilizar para a importância da minimização da dor na criança;
- Contribuir para a utilização da sacarose em procedimentos potencialmente dolorosos, nomeadamente na imunização infantil.





Enquadramento



Sacarose – Constituição e mecanismo de acção



Eficácia comprovada



Controvérsias



Dosagens



Indicações



Contra-indicações



Efeitos secundários



Procedimento



“A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita nos termos dessa lesão”

Associação Internacional para o Estudo da Dor (1979)

“ Reluctance to adhere with the recommended immunization ... may be partially explained by parental perception that their children endure a substantial amount of pain during routine immunizations... ”

Hatfield et al, 2008

“Cada individuo aprende a aplicação da palavra dor por meio das experiências dolorosas vivenciadas no início da vida.”

Branco et al (2006)

“... the pain and stress suffered early in life permanently alter the central nervous system... include permanent impairment of elements of cognitive development...”

Hatfield et al (2008)

Artº 5 - “ As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”.

Carta dos direitos da criança, Leiden (1988)

“Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor. “

Ordem dos Enfermeiros (2008)

SACAROSE



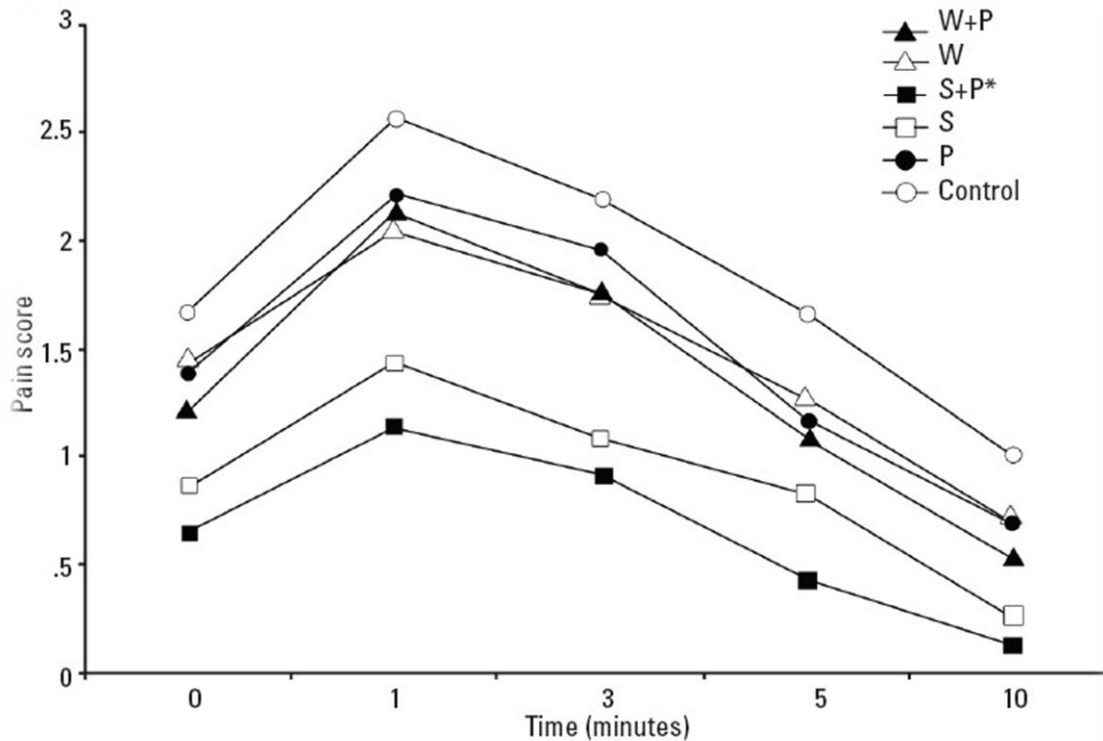
Carboidrato(dissacarídeo) formado pela união de dois monossacarídeos, a glicose e a frutose.

MECANISMO DE ACÇÃO:

Estimula a libertação de endorfinas, substâncias analgésicas naturalmente produzidas pelo corpo da criança.

PICO DE ACÇÃO: 2 minutos

EFICÁCIA COMPROVADA



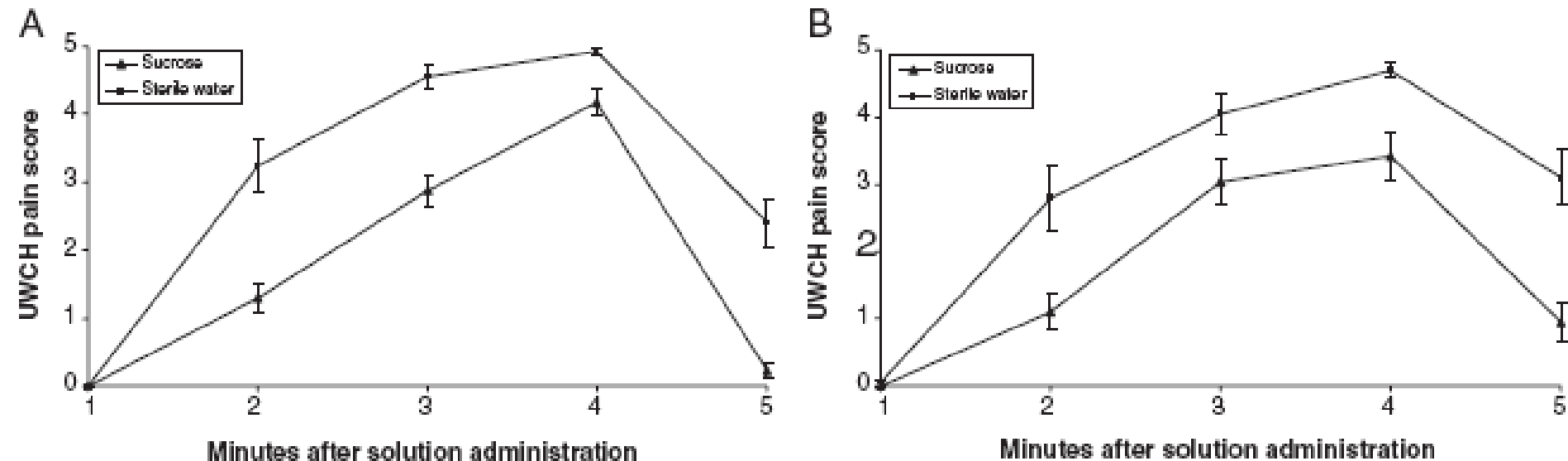
* $P < .05$ vs. all other treatments.

“Of all the regimens, the lowest pain scores occurred with the use of 24% sucrose solution combined with pacifier. The mean pain score for the combination of sucrose with pacifier was 0.7 as compared to 1.4 for the sterile water with pacifier group”

Elserafy et al, 2009

“Pain scores for treatment regimens
(P: pacifier, S: sucrose 24%, W: sterile water)”

EFICÁCIA COMPROVADA



“Administration of 2 mL of a 24% oral sucrose solution 2 minutes before routine immunizations is effective in decreasing maximum immunization pain and shortens the time before returning to a near normal state ... ”

Hatfield et al, 2008

CONTROVÉRSIAS...

- **IDADES**

Periodo Neonatal
até aos 3 meses
até aos 12 meses
até 18 meses

- **DOSAGENS E CONCENTRAÇÕES**

0,6ml/kg | 0,17g/kg
12%, 24%, 50%




DOSAGENS

Peso	Dose por Administração	Dose nas 24 Horas	
		Pré-termo	Termo
« 1,5 kg	0,2ml	0,8ml	1,6ml
»1,5 kg «2 kg	0,3ml	1,2ml	2,4ml
»2 kg « 2,5 kg	0,5ml	2ml	4ml
»2,5 kg « 3 kg	1ml	4ml	8ml
»3 kg	2ml	8ml	16ml

Fonte: “*Protocole d’utilisation du saccharose*” – Hôpital Armand Trousseau. 2003

INDICAÇÕES

- 
- Vacinação
 - Injecções IM ou SC
 - Punção do calcâneo
 - Punção vesical
 - Colocação de sonda gástrica
 - Aspiração de secreções
 - Realização ou remoção de pensos

CONTRA-INDICAÇÕES

- Alto risco de NEC
- Atrésia do esófago ou fístula traqueo-esofágica
- Sedação
- Intolerância à frutose ou sacarose.

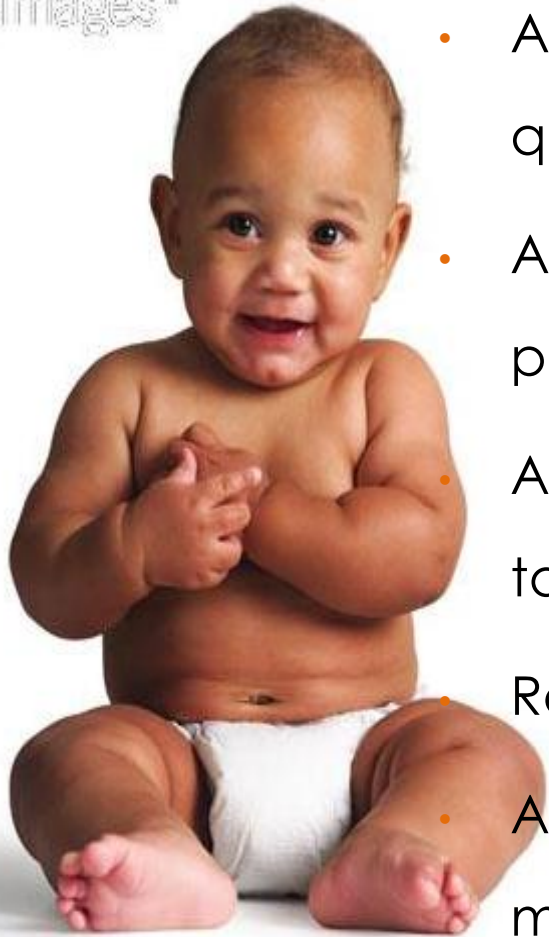


EFEITOS SECUNDÁRIOS



- Náuseas ou vômitos
- Hiperglicemia

PROCEDIMENTO



- Abrir diariamente uma solução de sacarose, logo que necessário (validade_24 horas);
- Aplicar sobre a língua, 2 minutos antes do procedimento doloroso;
- Administrar dose certa, de acordo com a respectiva tabela;
- Realizar procedimento após 2 minutos;
- Administrar 2ª dose, se necessário, após 5 a 10 minutos;

PROCEDIMENTO

- Associar à sacarose outras medidas de conforto não farmacológicas:
 - ❖ Realização de técnica com perícia e delicadeza
 - ❖ Envolvência dos pais nos cuidados, ensinando-os para uma presença de qualidade
 - ❖ Sucção não nutritiva
 - ❖ Massagem
 - ❖ Medidas gerais de conforto (balançar, pegar ao colo, afagar, conversar)



EM CONCLUSÃO...



Hatfield et al, 2008

*Vamos fazer figas para que a equipa tenha
gostado da sacarose... sei que as vacinas são
para o meu bem mas serão ainda melhores se
não me doerem tanto!*



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Branco, A., Fekete, S., Rugolo, I. (2006) . O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido. Rev Paul Pediatría, 24(3), 270-274.
- Dilli, D., Kucuk, IG, Dallar, Y. (2009). Interventions to reduce *pain during vaccination* in infancy. The Journal of Pediatrics, 154 (3), 385-90.
- Elserafy, F.; Alsaedi, S.; Louwrens, J.; Sadiq, B.; Mersale, A. (2009). *Oral sucrose and a pacifier for pain relief during simple procedures in preterm infants: A randomized controlled trial*. Ann Saudi Med.
- Gaspardo, C., Linhares, M., Martinez, F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. Jornal de Pediatría, 81(6), 435- 442.
- Hardcastle, T. (2010). Sucrose has been shown to have analgesic properties when administered to neonates and infants. Clinical Feature, 20 (1), 19- 22.
- Hatfield, L., Gusic, M., Dyer, A., Polomano, R. (2008). Analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4 months of age. Pediatrics, 121, 327-334.
- Lefrak, L. *et al.* (2006). Sucrose Analgesia: identifying potentially better practices. Pediatrics, 118, 197-202.
- Taddio, A. *et al.* (2008). Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. Research, 179 (1), 37- 43.
- Thompson, D. (2005). Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. JSPN, 10(1), 3- 10
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor Guia orientador de boas práticas. Cadernos OE, 1(1), 1-51.

ANEXO III

(Documento de Avaliação da Acção de
Formação)



Inovar para Mudar
Centro de Formação

AVALIAÇÃO FINAL DA ACÇÃO

Candidatura N.º

Formulário B N.º

Curso/Acção N.º

1. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO/ACÇÃO/MÓDULO

Designação: _____

Início _____

Fim _____

Duração Horas _____

Instruções de Preenchimento do Questionário

- Apreciação da escala de 1 a 5, correspondendo os valores à seguinte escala: 5 "*concordo em absoluto*"; 4 "*concordo parcialmente*"; 3 "*não concordo nem discordo*"; 2 "*discordo em parte*"; 1 "*discordo em absoluto*"
- Marcação com X do quadrado escolhido

1. AVALIAÇÃO DA ACÇÃO

	5	4	3	2	1
Os objectivos da acção são perceptíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O conteúdo da acção é adequado às necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os temas abordados são actuais e úteis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A acção/módulo correspondeu às expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existiu motivação para participar na acção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As actividades realizadas são adaptadas à sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As instalações são adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meios audiovisuais são os necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A documentação é apropriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O apoio técnico/administrativo/pedagógico é eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ACTUAÇÃO DOS FORMADORES

		5	4	3	2	1
Formador	O formador demonstra domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Formador	Os métodos adoptados pelo formador são adequados relativamente aos objectivos da acção/módulo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Formador	A linguagem utilizada pelo formador é adequada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Formador	O formador demonstra empenho na condução da acção/módulo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Formador	O relacionamento com o grupo de trabalho foi bom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. SUGESTÕES/CRÍTICAS

Aspectos positivos na acção

Aspectos a melhorar

Sugestões

ANEXO XI

(AVALIAÇÃO DE UMA ACÇÃO DE FORMAÇÃO :
“SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR”)

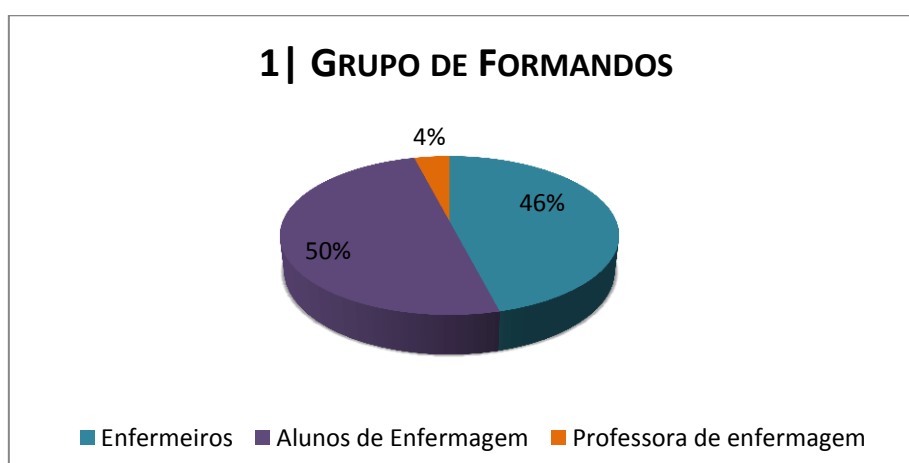
AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

SACAROSE - PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

A avaliação constitui uma etapa fundamental no processo formativo, pelo que foi solicitado aos formandos o preenchimento do instrumento de avaliação da ULSM.

Este instrumento avalia dois itens distintos: a acção propriamente dita e a actuação dos formadores. Quanto à avaliação da acção, o documento privilegia a percepção dos objectivos, a adequação do conteúdo às necessidades, a actualidade dos temas abordados, as expectativas e a motivação dos formandos, o relacionamento entre o grupo de trabalho e adequação do espaço físico, da documentação e dos meios audiovisuais. No que diz respeito à actuação dos formadores, é avaliado o domínio sobre o assunto, a adaptação do método aos objectivos, a adequação da linguagem, o empenho e o relacionamento com o grupo de trabalho.

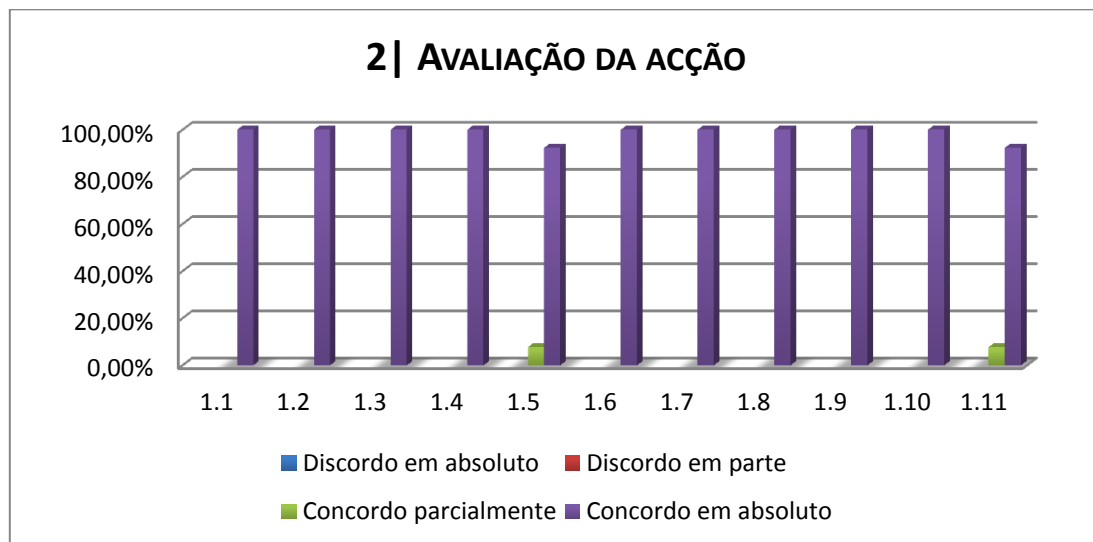
Relativamente aos formandos presentes na sessão, a análise do gráfico seguinte demonstra que no grupo, constituído por 28 formandos, metade eram alunos de enfermagem que assistiram à formação com a respectiva enfermeira orientadora, sendo os restantes enfermeiros do Centro de Saúde. O documento de avaliação da sessão foi distribuído unicamente aos profissionais da instituição, de acordo com indicação da enfermeira responsável pela formação.



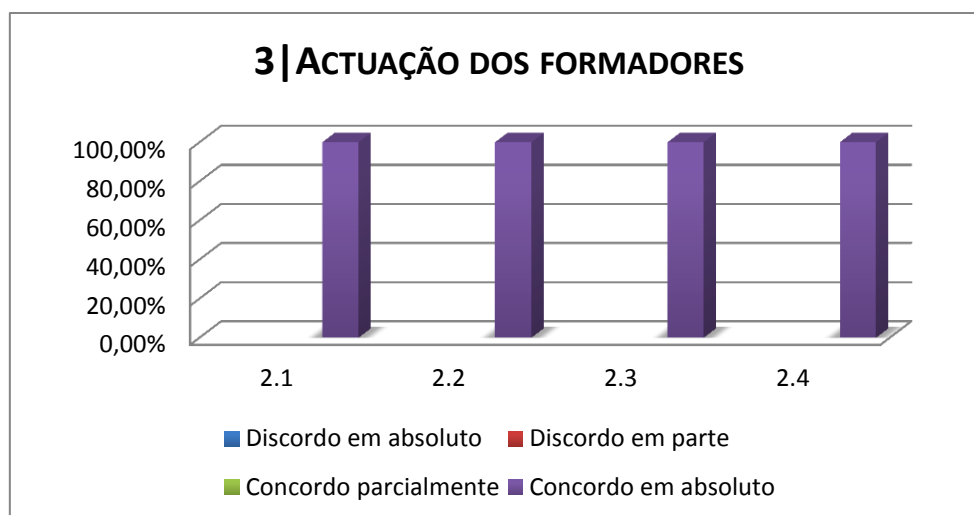
A presença dos alunos de enfermagem, apesar de não planeada, foi muito gratificante para o grupo de trabalho, visto potenciar a possibilidade de contribuir para a formação de alunos do curso base.

Tendo em conta o indicador de actividade definido no planeamento da acção de formação, respeitante à percentagem de enfermeiros participantes na acção, esta foi de 44%. Consideramos este indicador bastante positivo, na medida em que nem toda a equipa trabalha na área de Saúde Infantil, pelo que acreditamos que aqueles para os quais a formação teve maior relevância, estiveram presentes na acção.

Relativamente ao instrumento de avaliação da sessão, foram encontrados os seguintes dados.



No que diz respeito à avaliação da acção, 100% do universo amostral, constituído por 13 enfermeiros, classificaram com 4 valores as questões relativas à percepção dos objectivos (1.1), a adequação do conteúdo às necessidades (1.2), a actualidade dos temas abordados (1.3), as expectativas (1.4), às actividades realizadas (1.6), ao relacionamento entre o grupo de trabalho (1.7), à adequação das instalações (1.8), dos meios audiovisuais (1.9), da documentação (1.10). Relativamente às questões sobre a motivação dos formandos (1.5) e o apoio técnico/administrativo/pedagógico eficaz (1.11), 92,3% dos formandos classificaram com 4 valores e 7,7% com 3 valores.



No ponto 2 do instrumento de avaliação, relativo à actuação dos formadores, 100% dos formandos classificaram com 4 valores todos os itens sujeitos a avaliação, nomeadamente o domínio sobre o assunto (2.1), os métodos adoptados (2.2), a linguagem utilizada (2.3), o empenho (2.4) e o relacionamento com o grupo de trabalho (2.5).

No ponto 3 do Documento de avaliação final da acção, é reservado um espaço para sugestões e críticas. No ponto 3.1 referente aos aspectos positivos da acção, encontraram-se três opiniões que passam a ser citadas: “*Foram ao encontro das necessidades da equipa*”, “*Sensibilização para uma prática não instituída na unidade*” e “*Perceptível, comprovada cientificamente*”.

ANEXO XII

(GUIA DE ACOLHIMENTO PROPOSTO PARA O SERVIÇO
DE NEONATOLOGIA DO HPH)

GUIA DE ACOLHIMENTO DO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA



Carta aos meus papás:



Olá mamã e papá ! Estou muito feliz por vos conhecer!

Ainda não vos posso acompanhar até casa porque tenho de ficar internado na UCIN (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais) para vigilância e/ou tratamento. É um local estranho com muita tecnologia e cheio de coisas novas, mas fundamental para a minha recuperação.

Ainda passo muito tempo a dormir porque necessito guardar energia para crescer. Quando repararem que estou com os olhinhos fechados, a dormir, deixem-me quietinho por favor - é muito importante para poder recuperar... Quando estiver acordado de olhinhos abertos, aproveitem para brincar comigo. Podem tocar-me ou falar baixinho comigo.

Se os profissionais de saúde acharem oportuno podem pegar em mim ao colo, o que será muito bom. Gosto da vossa presença e dos carinhos que me fazem.

Os ruídos e as luzes muito fortes são difíceis de suportar, se diminuírem o barulho e a luminosidade, ficarei mais tranquilo.

Nos primeiros tempos de vida, é natural que eu perca peso por isso não se preocupem.

Tenho uns fios colocados no peito/barriga (eléctrodos) e uma pulseira com uma luz na mão/pé (oxímetro de pulso) para saber se o meu coração bate bem, como está a minha respiração e se recebo oxigénio suficiente. Mas não se assustem com os alarmes pois os profissionais estão sempre atentos.

Se necessitar de ajuda para respirar posso ter um tubinho na boca ou no nariz para esse efeito. Posso não estar preparado para comer e nessa altura serei alimentado por via endovenosa (através das minhas veias) ou digestiva (sonda nasogástrica).

Mamã, se não puder ir à mama, podes e deves tirar o leiteinho para me darem através da sonda ou biberão.

Gostava muito que tivessem presentes no meu banho para me poderem acarinhar e aprenderem com os enfermeiros os melhores cuidados a me prestarem .

Como todos os bebés posso ficar amarelinho (icterícia), se necessário ficarei por baixo de um aparelho cheio de luzes azuis, e com uns óculos especiais que protegem os meus olhinhos (fototerapia).

Gosto quando me tocas, mas como sou muito sensível, por favor não te esqueças de lavar bem as mãos antes de o fazeres.

Se tiverem alguma dúvida, alguma coisa que eu me tenha esquecido, é só contactarem os profissionais desta unidade, que gentilmente vos esclarecerão em qualquer momento.

O vosso filho...

Sejam bem-vindos!
Este guia pertence a:



A vós papás :

A equipa de saúde deste serviço, convida-vos, como parceiros, no trabalho a desenvolver comigo.

Este guia tem como finalidade, dar-vos a conhecer o serviço, bem como a sua organização e funcionamento.

Para que o internamento decorra da melhor forma, todos contamos com a vossa colaboração.



Esta é a Equipa Responsável por mim !

Enfermeiros

Médicos



Restante equipa que colabora para o meu bem-estar e recuperação .

Directora de serviço : Dra Agostinha Souto

Enfermeira Chefe : Enfª Carmen Alves



Acompanhamento e visitas :

❖ Papás:

- Podeis permanecer durante 24 horas ao meu lado na unidade.
- Aos avós só é permitida **uma visita** durante todo o internamento.



Não esquecer...

- Antes de entrarem na unidade devem retirar todos os objectos pessoais e colocá-los no cacifo. Não se esqueçam de lavar muito bem as mãos até aos cotovelos e depois desinfectar. Vistam sempre a batinha verde!



- Existe um WC no serviço com lavatório e sanita para os papás poderem utilizar.
- Se tu, mamã, precisares tirar leiteinho, o hospital tem um cantinho de amamentação. Está presente uma conselheira em amamentação às quartas e sextas-feiras das 11h às 13h.

Refeição do acompanhante :



@A mamã tem direito à refeição gratuitamente.



@A alimentação é servida no refeitório do serviço de obstetrícia.

@Não é permitido comer e beber dentro da unidade.

Contacto com o serviço :

Sempre que quiserem saber como estou, por favor falem com a equipa de saúde que está disponível 24horas para vos ouvir e ajudar.

NR: 229391363



E quando eu for para casa!

■ A equipa de saúde vai realizar ensinamentos relativamente aos cuidados a me prestarem, como por exemplo:

⊕ “Teste da cadeirinha” – a enfermeira vai explicar-vos a importância da utilização correcta da cadeira de transporte e aconselhar-vos na aquisição da minha cadeirinha!

⊕ Cuidados com a alimentação.

⊕ Cuidados com o banho e vestuário.



➡ Não me levem para casa sem esclarecerem todas as dúvidas.



✚ Se eu nascer com menos de 35 semanas a enfermeira do hospital e do centro de saúde desta área vão marcar uma visita à nossa casinha, se possível nas próximas 24 horas, com o objectivo de facilitar a minha integração no ambiente familiar e posteriormente ser acompanhado pela enfermeira do Centro de Saúde.



**Para que não se percam ao me virem
visitar...**

Endereço : R. Dr. Eduardo Torres, Matosinhos

Metro: Linha Azul - Estação Pedro Hispano

Autocarros STCP: 76, 89

Autocarros Resende: 105, 106, 116, 12



Táxis: Tel.800 207 550 / 229381940

Transporte Particular: O HPH dispõe de um parque de estacionamento pago que é gratuito por um período de 10 minutos.

ANEXO XIII

(CUIDADOS NO BANHO AO RN)

BANHO do Recém - Nascido





- Medida de higiene e conforto,
- Momento de desenvolvimento do relacionamento afetivo,
- Momento de alguma insegurança nos primeiros dias.



- Frequência adaptada à idade da criança e estação do ano,
- Evitar dar banho após a alimentação,
- Duração do banho: ≤ 5 minutos,
- **Nunca deixe o bebê sozinho.**

Preparação do Banho

Gerir o ambiente físico

- ◉ A temperatura do local do banho deve rondar os 24°C,
- ◉ Deve garantir-se que não há correntes de ar,
- ◉ Preparar todo o material necessário para que este esteja de fácil acesso.

Preparar todo o material necessário



- termómetro para a água
- esponja macia
- loção de limpeza com ph neutro sem sabão
- toalha
- fralda
- muda de roupa
- soro fisiológico
- pente / escova
- tesoura de pontas redondas
- creme hidratante corporal
- pomada protectora da região perianal



Preparar a água do banho



- Colocar primeiro a água fria e depois misturar a água quente até atingir a temperatura desejada **[37°C]** e avaliar a temperatura com o cotovelo ou com o termómetro da água,
- Encher pouco a banheira [8 a 13 cm],
- Durante as primeiras 4 semanas só deve ser usado água,
- Deitar o bebé de costas, virado para si, sobre a toalha e próximo da banheira.

O início do banho



➤ Limpar os órgãos genitais - Menina:

- Limpeza deve ser feita no sentido vagina/anús, ou seja, da frente para trás
- Afastar os grandes lábios, limpando restos de fezes que possam existir



➤ Limpar os órgãos genitais - Menino:

- Lavar de cima para baixo e na zona à volta dos testículos
- Deitar água limpa sobre a glande
- Lavar muito bem a superfície subjacente ao saco escrotal

Uso de toalhitas



➤ Agressivas para a pele do bebê

➤ Uso de recurso



➤ Limpar com água após o uso



- Lavar o corpo por etapas, na direcção da cabeça para os pés
- Lavar a cara só com água
- Lavar a cabeça com a mesma loção de limpeza do corpo ou shampoo suave e neutro. A lavagem deve ser delicada e efectuada da frente para trás
- Lavar o corpo com movimentos delicados, dando especial atenção às pregas cutâneas e espaços entre os dedos



- Retirar o bebé da água e embrulhá-lo numa toalha



- Secar muito bem sem friccionar, dando especial atenção às pregas cutâneas e espaços entre os dedos

Após o banho



- Se a região perineal estiver macerada, aplicar a pomada regeneradora com vitamina A (efeito cicatrizante) e óxido de zinco (efeito anti-séptico),
- Colocar a fralda limpa.



- Aplicar creme hidratante com ph neutro, massajando suavemente
- Vestir o bebê, começando pelo tronco para não sentir frio
- A roupa deve ser confortável e adequada à idade e estação do ano



- Roupa de algodão
- Sem etiquetas
- Sem cordões



- Limpeza dos olhos [quando necessário]:
 - Usar soro fisiológico
 - Limpar do canto interno para o canto externo



- Limpeza dos ouvidos [quando necessário]:
 - Limpar apenas no pavilhão auricular externo e na região posterior
 - Não introduzir cotonetes ou outros objectos pequenos no canal auditivo

➤ Limpeza do nariz [quando necessário]:

- Só se deve fazer uma limpeza externa
- Se existirem crostas ou secreções, limpar com a ponta torcida de uma compressa, fralda limpa ou toalha, com delicados movimentos de rotação
- Aplicar gotas de soro fisiológico, se necessário, para facilitar a sua remoção
- Se houver obstrução nasal, pode ser necessário recorrer aos aspiradores nasais



➤ Cuidados com as unhas:

- Cortar as unhas das mãos e dos pés, sempre que estejam grandes para evitar que o bebê se arranhe, prevenindo possíveis infecções,
- Utilizar a tesoura de pontas redondas,
- A altura ideal é após o banho, pois a água terá amolecido as unhas e o bebê estará mais relaxado, tendo menos tendência a mexer-se.

